

Rapport

2012:9

Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?



Birgit Abelsen
Toril Ringholm
Per-Arne Emaus
Margrete Aanesen

Tittel : Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?

Forfattere : Birgit Abelsen, Toril Ringholm, Per-Arne Emus og Margrete Aanesen

Norut Alta rapport : 2012:9

ISBN : 978-82-7571-221-7

Oppdragsgiver : KS – Kommunesektorens organisasjon

Prosjektleder : Birgit Abelsen

Oppsummering : Rapporten dokumenterer en undersøkelse som skal gi svar på hvilke tiltak kommunene har iverksatt lokalt i forbindelse med Samhandlingsreformen, og hvilke kostnader kommunene har pådratt seg ved disse. Det er gjennomført en kvantitativ datainnsamling i 86 kommuner og en kvalitativ datainnsamling i 8 kommuner. Undersøkelsen kartlegger i hovedsak kostnader som har påløpt i 2010 og 2011, altså i en forberedelsesfase til innføringen av Samhandlingsreformen. Kommunene har også gitt kostnadsanslag for implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012. Det er beregnet en varig økt årlig driftsutgift i kommunene som følge av Samhandlingsreformen, på mellom 662 og 705 mill. kroner. Engangskostnadene i forbindelse med Samhandlingsreformen er til sammen for 2011 og 2012, estimert å ligge mellom 709 og 754 mill. kroner. Undersøkelsen kartlegger også kommunenes motivasjon for å utvikle nye tilbud og gir informasjon om kommunenes holdninger til Samhandlingsreformen generelt og til folkehelsearbeid spesielt.

Emneord : Samhandlingsreformen, reformkostander, lovpålagte avtaler, kommunal medfinansiering, utskrivningsklare pasienter, forebyggende og helsefremmende arbeid

Dato : August, 2012

Antall sider : 75

Forsidebilde: www.crestock.com

Utgiver : Norut Alta as
Kunnskapsparken, Markedsgata 3
9506 ALTA
Telefon: 78 45 71 00
Telefaks: 78 45 71 01
E-post: post@finnmark.norut.no www.norut.no/alta

Forord

På oppdrag fra KS, har Norut Alta i samarbeid med Norut Tromsø gjennomført en undersøkelse av hva Samhandlingsreformen hittil har kostet landets kommuner.

Vi vil takke oppdragsgiver for et spennende og faglig utfordrende oppdrag. FoU-ansvarlig Hilde Ravnaas og fagansvarlig Trond Hjelmervik Hansen i KS har gitt oss god oppfølging og nyttige innspill underveis i arbeidet med prosjektet. Vi vil også takke rådmannsutvalget i Rogaland og KS-Rogaland som har utgjort prosjektets referansegruppe, for gode innspill. Møtet med referansegruppen i Stavanger i slutten av april hvor vi diskuterte et utkast til spørreskjema, var spesielt nyttig for oss. Rådmann Bjørn-Atle Hansen og leder for budsjettavdelingen Arne Dahler i Alta kommune, har også gitt oss viktige innspill på utkast til spørreskjema. Til slutt en takk til jurist Leif Erik Nohr, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, for nyttige og oppklarende innspill om lovpålagte avtaler.

Vi vil ikke minst takke alle de kommunene som har bidratt med datamaterialet til undersøkelsen. Vi har møtt på stor velvilje og positiv interesse for undersøkelsen, spesielt fra de mange rådmenn vi har vært i kontakt med på telefon. En spesiell takk går til kommunene Alta, Bardu, Levanger, Ørland, Trondheim, Kongsberg, Nannestad og Nesodden som deltok i den kvalitative delen av undersøkelsen.

Til tross for mange gode hjelpere, står forfatterne selv ansvarlig for eventuelle feil og mangler i rapporten. Birgit Abelsen (Norut Alta) har vært prosjektleder og har hatt hovedansvaret for den kvantitative undersøkelsen. Hun har også hatt ansvaret for analysen av det kvantitative datamaterialet og utformingen av rapporten. Toril Ringholm (Norut Tromsø) har hatt ansvaret for gjennomføringen av den kvalitative undersøkelsen, herunder også analysen og rapporteringen av dette materialet. Per-Arne Emaus (Norut Alta) har gjort hoveddelen av det praktiske arbeidet med den kvantitative datainnsamlingen og har også deltatt i arbeidet med den kvalitative delen av undersøkelsen. Margrete Aanesen (Norut Tromsø) har deltatt i arbeidet med utformingen av den kvantitative datainnsamlingen, gjennomført den sekvensielle korrelasjonsanalysen og generelt fungert som kvalitetsikrer i prosjektet. I tillegg har Inge Berg Nilssen (Norut Alta) deltatt i planleggingen av den kvantitative datainnsamlingen.

Alta, 15. august 2012

Birgit Abelsen
prosjektleder

Innhold

Sammendrag	1
1 Innledning.....	5
1.1 Rett behandling – til rett tid – på rett sted?.....	5
1.2 Nærmere om prosjektets utgangspunkt	7
1.3 Hvilke kostnader er det rimelig å ta hensyn til?	8
1.3.1 Administrative kostnader	8
1.3.2 Forebyggende tiltak.....	10
1.3.3 Utvikling og drift av nye kommunale tilbud som skal erstatte spesialisthelsetjenester	11
1.3.4 Andre kostnader.....	12
2 Datainnsamling, datamateriale og analyser	13
2.1 Surveyen	13
2.2 Den kvalitative undersøkelsen i 8 casekommuner.....	16
2.3 Analyser av datamaterialet.....	19
3 Hvilke kostnader har kommunene hatt?	20
3.1 Lovpålagte avtaler	20
3.2 Medfinansiering av somatiske spesialisthelsetjenester	24
3.3 Utskrivningsklare pasienter	26
3.4 Alternativ til sykehustjenester.....	30
3.4.1 Erstatning for innleggelse i sykehus.....	30
3.4.2 Erstatning av polikliniske tilbud	33
3.4.3 Kvalitative funn om alternativ til sykehustjenester	34
3.5 Legetjenesten	35
3.6 Kompetanseheving.....	36
3.7 Forebyggende og helsefremmende tiltak	38
3.8 Elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon	42
3.9 FoU.....	43
3.10 Andre reformkostnader	44
4 Oppsummerte kostnader og analyser.....	45
4.1 Samlede kostnader i de 86 undersøkte kommunene i 2010 og 2011.....	45
4.2 Samlede kostnader i de 86 undersøkte kommunene i 2012.....	48
4.3 Sekvensiell korrelasjonsanalyse	51
4.4 Estimerte kostnader på landsbasis.....	51
4.4.1 Alternativ 1	52
4.4.2 Alternativ 2	52

4.4.3	Vurdering.....	53
5	Holdninger til Samhandlingsreformen.....	54
6	Konklusjon	56
	Vedlegg.....	59

Sammendrag

Denne undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra KS, og skal gi svar på følgende spørsmål:

- Hvilke tiltak har kommunene iverksatt lokalt i forbindelse med Samhandlingsreformen?
- Hvilke kostnader har kommunene pådratt seg i dette arbeidet?

Hvilke kostnader har kommunene hatt i 2010 og 2011?

Vi har i resultatrapporteringen først lagt vekt på å få fram i hvilken grad kommunene har hatt kostnader på de ulike områdene vi har undersøkt, og størrelsen på disse samlet sett i vårt utvalg.

Studien viser at de 86 kommunene i undersøkelsen totalt sett hadde kostnader som de knytter til Samhandlingsreformen på 119,9 mill. kroner i 2010 og 186,1 mill. kroner i 2011. Mesteparten av kommunenes kostnader er oppgitt som bokførte kostnader. Dette er i hovedsak driftskostnader og i mindre grad investeringskostnader. I 2010 var 83 % av de totale kostnadene bokførte kostnader. Tilsvarende tall for 2011 var 79 %. Basert på de 86 kommunenes kostnadsrapportering, har vi estimert kostnader på landsbasis. Våre to alternative estimat varierer mellom 600 og 657 mill. kroner for 2010, og mellom 931 og 992 mill. kroner for 2011. Vi understreker at tallene rapportert både fra de 86 kommunene og de tallene vi på basis av disse har aggregert til landsbasis er beheftet med stor usikkerhet.

De største kostnadspostene i vår undersøkelse var i 2010 kostnader til 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) forebyggende og helsefremmende tiltak, og 3) kompetanseheving. I 2011 var rangeringen av de mest kostnadskrevende aktivitetene 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) utskrivningsklare pasienter, og 3) forebyggende og helsefremmende tiltak. Det er verd å merke seg at kostnadene til utskrivningsklare pasienter her ikke omfatter betaling for liggedøgn på sykehus, men kun kommunenes kostnader til egne tiltak for denne pasientgruppen.

Kostnader i 2012

Når det gjelder 2012, har vi søkt å kartlegge noe av det kommende kostnadsbildet slik det avtegnet seg på vårparten, nesten halvveis ut i året. Det er opplagt stor usikkerhet beheftet også med disse kostnadene. Her er det ikke spurt om de samme kostnadene som i 2010 og 2011, så tallene for 2012 kan ikke direkte sammenliknes med 2010 og 2011. De kostnadene som vi har søkt å skaffe oversikt over, beløp seg til 88 mill. kroner i vårt 86 kommuner store utvalg. Aggregert til landsbasis har vi regnet oss fram til estimat på mellom 440 og 467 mill. kroner. I dette estimatet inngår ikke utgifter til tiltak som skal erstatte sykehustjenester og heller ikke eventuelle utgifter til etablering av frisklivsentraler.

De største kostnadspostene kartlagt i denne undersøkelsen i 2012 var 1) utskrivningsklare pasienter, 2) kompetanseheving, og 3) etablering av kommunale ø-hjelp plasser. Undersøkelsen har i hovedsak et retrospektivt perspektiv siden vi primært har hatt som formål å kartlegge kostnader påløpt i 2010 og 2011. Det har opplagt vært en utfordring for kommunene å rekonstruere hvilke kostnader de kan knytte til Samhandlingsreformen. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, i ettertid fult ut å isolere forberedelser og tidlig

implementering av Samhandlingsreformen fra annen drift. De kostnadene kommunene her har rapportert for 2010 og 2011, har de uansett dekket innenfor sitt ordinære budsjett uten ekstra overføringer. Det betyr at det har foregått et betydelig omstillingsarbeid og en økonomisk prioritering på dette feltet i landets kommuner de senere år. Når det gjelder kostnadene vi kartlagt for 2012, er dette i stor grad nye kostnader som kommer som en direkte følge av at Samhandlingsreformen ble innført i 1. januar 2012.

Varige kostnader og engangskostnader

Av de kostnadene som er kartlagt er det noen typiske engangskostnader, mens noen er varige driftskostnader. Typiske engangskostnader er kostnader knyttet til de lovpålagte avtalene og kostnader ved å sette seg inn i og forberede rutiner for implementering av reformen. De varige driftskostnadene er typisk kostnader til alternativ til sykehustjenester, kompetanseheving og forebyggende- og helsefremmende tiltak. På basis av estimatene for 2011 og 2012, har vi beregnet en varig driftsutgift som følge av Samhandlingsreformen, på mellom 662 og 705 mill. kroner. Engangskostnaden ved Samhandlingsreformen er til sammen for 2011 og 2012 estimert å ligge mellom 709 og 754 mill. kroner. Kommunene kompenseres foreløpig kun for reformkostnadene til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Dersom kommunene på sikt skal komme ut i økonomisk balanse, må det være en nedgang i kommunenes utgifter til sykehustjenester som tilsvarer de årlige utgiftene til egne varige reformtiltak.

Motivasjon for nye tiltak og holdninger til Samhandlingsreformen

Vi har også søkt å kartlegge kommunenes motivasjon for å utvikle nye tilbud. Gjør kommunene dette fordi de anser at tiltakene på sikt vil gi en helsemessig og økonomisk gevinst, eller setter de i verk tiltak fordi de regner med at de vil bli finansiert av andre budsjett enn kommunens? Vi har også lagt vekt på å få fram informasjon om kommunenes holdninger til Samhandlingsreformen og til folkehelsearbeid. Disse forholdene ble kartlagt i surveyen ved hjelp av påstander der respondentene kunne tilkjenne grad av uenighet/enighet, og søkt utdypet i de kvalitative intervjuene.

Våre funn tyder på at Samhandlingsreformen er en velkommen reform, i den forstand at den tilfører kommunene funksjoner som de ønsker å ivareta, og i noen tilfeller funksjoner de allerede er kommet langt i å utvikle. Det er ganske stor enighet om Samhandlingsreformen først og fremst handler om å gi folk et bedre helsetilbud. Det er riktignok er en god del oppmerksomhet på at reformen handler om pengeflytting - forstått som at den kommunale medfinansiering handler om at helseforetakene sender penger til kommunen som kommunene i sin tur stort sett sender i retur. Men i hovedsak oppfattes den tjenesteutviklinga og kompetansehevinga som skjer i kommunene, som skritt i retning av bedre helsetjenester. Kommunene synes jevnt over å ha tro på at de kan gjøre gode vurderinger og at den nærheten kommunen som institusjon har til innbyggerne, bidrar til å se hvilke løsninger som er best for den enkelte. Kommunene synes først og fremst å prioritere ut fra hva de mener er best for innbyggerne og i mindre grad ut fra hvor de regner med at det vil komme statlige refusjonsordninger. Disse prioriteringene synes i betydelig grad å være i tråd med Samhandlingsreformens mål.

Vi vil samtidig påpeke at profilen til prosjektporteføljen for HOD-finansierte Samhandlingsprosjekter indikerer at de statlige styringssignalene betyr mye. En stor andel av

disse prosjektene dreier seg om etablering av lokalmedisinsk senter, noe få kommuner har i dag. Vi har også sett at en økende andel av prosjektene er rettet inn mot forebyggende tiltak. Folkehelse og forebygging er imidlertid helt klart noe det lenge har vært satset på, og vært ønske om å satse på i kommunene. Denne utviklingen kan, slik sett, ikke betraktes som at kommunene underlegger seg statlige styringssignaler. Her underbygger erfaringene fra intervjuene en konklusjon om at Samhandlingsreformen på flere områder setter mer fart i en utvikling eller i alle fall ønsker om en utvikling, som har eksistert i kommunene i en årrekke. I alle case-kommunene registrerte vi imidlertid skuffelse over at det så langt har fulgt lite midler med Samhandlingsreformen til å satse på folkehelse, selv om bedre folkehelse er et av hovedmålene med reformen.

Framtidige kostnader

Vi vil avslutningsvis trekke fram noen funn fra undersøkelsen som vi anser som spesielt vesentlige med tanke på framtidige kostnader. Det første gjelder det forebyggende og helsefremmende arbeidet som kommunene helt klart prioriterer på en annen måte enn tidligere. Vi tror at det framover vil være viktig å få til en sterk kobling mellom forebyggende arbeid og FoU i kommunesektoren. Dette fordi kommunene foreløpig synes å være noe i villrede om hvilke gode tiltak som virker. Basert på funn i vår undersøkelse antar vi at tilnærmingen til forebyggende og helsefremmende arbeid vil bli instrumentell i den forstand at kommunenes tiltak vil rette seg mot forebygging av sykehusinnleggelse for spesifikke grupper, der en relativt raskt vil være i stand til å avlese effekter av innstasen. Uten ekstra overføringer til dette feltet, tror vi kommunene i mindre grad vil jobbe med generelle befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende tiltak.

Vi har registrert signaler i noen kommuner om at helseforetakene synes å planlegge å trekke sin del av finansieringen til samhandlingstiltak som i dag er godt etablert. Dette betyr i så fall økte kostnader for kommunene. Det vil være et paradoks om helseforetakene finner at de ikke lenger er tjent med disse. Det er tidlig å konkludere om hva utfallet blir i disse sakene, men det vi har observert kan tolkes som tegn på at de økonomiske insentivene i ordningen kan ha utilsiktede virkninger. Dette bør helsemyndighetene ha spesielt fokus på framover.

Det siste aspektet vi vil trekke fram knytter seg til manglende elektronisk samhandling. Vår undersøkelse viser at rundt 40 prosent av kommunene enda ikke har et system for elektronisk samhandling. De har heller ikke orientert seg om hvilke kostnader det vil innebære å få dette på plass. Vi har også avdekket tegn på at kommunikasjonen om utskrivningsklare pasienter i liten grad foregår elektronisk. Det er ingen tvil om at Samhandlingsreformen ville blitt mer effektivt implementert dersom gode system for elektronisk kommunikasjon rundt pasientene var på plass. Vår undersøkelse avdekker at det må påregnes kostnader til å få på plass system for elektronisk pasientkommunikasjon i årene framover.

Datagrunnlaget

Det er kommunene som er studieobjektet her, og vi har samlet inn data om og fra kommunene. For å belyse problemstillingene har vi valgt en todelt datainnsamling. Hoveddelen av datainnsamlingen er en kvantitativ spørreundersøkelse (survey) hvor 86 kommuner har deltatt. Spørreundersøkelsen ble sendt til rådmenn eller den rådmannen i den enkelte kommune mente var rette vedkommende til å svare på spørsmålene.

Datainnsamlingen ble gjennomført elektronisk i perioden fra 7. mai til 22. juni i 2012. Den andre delen av datainnsamlingen er en kvalitativ studie i 8 utvalgte case-kommuner for å validere og utdype funnene i surveyen. Her ble det gjennomført intervju i kommunene i perioden fra 16. mai til 13. juni 2012.

Undersøkelsen har hovedfokus på kostnader påløpt i årene 2010 og 2011, men vi har også undersøkt noen kostnader i 2012. Kostnadene er knyttet til ulike administrative tiltak (spesielt det lovpålagte avtalesystemet, samt administrasjon rundt kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter), forebyggende og helsefremmende tiltak, samt tiltak som skal erstatte sykehustjenester. Det er også spurt spesifikt om kostnader til kompetanseheving. Kostnader knyttet til selve medfinansieringen av spesialisthelsetjenester som representerer den største enkeltkostnaden i Samhandlingsreformen, er ikke en del av denne undersøkelsen.

I surveyen har vi spurt om kommunens netto kostnader. Det vil si kostnader som kommunen ikke får refundert fra statlige myndigheter, helseforetak eller andre. I den grad kostnadene/ressursbruken finnes som regnskapsførte utgiftstall, ble kommunene bedt om å oppgi disse. Alternativt eller i tillegg, kunne ressursbruken oppgis som anslag på medgått arbeidstid. I vår kommunikasjon med kommunene gjorde vi det klart både muntlig og skriftlig at vi har forståelse for at det ikke vil være mulig for dem å gi oss eksakte tall, men at vi ba om deres beste skjønn.

1 Innledning

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen er omfattende og omdiskutert. Det er, og har vært, et bredt politisk og faglig engasjement for løsninger og tiltak som vil gi bedre samhandling og et bedre helsetilbud til brukerne. En del av diskusjonene har dreid seg om de økonomiske aspektene og styrken i de økonomiske insentivene i reformen. Denne undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra KS, og KS er naturlig nok opptatt av reformimplementeringen og -effekter i kommunene. Formålet med denne undersøkelsen er å gi svar på følgende spørsmål:

- Hvilke tiltak har kommunene iverksatt lokalt i forbindelse med Samhandlingsreformen?
- Hvilke kostnader har kommunene pådratt seg i dette arbeidet?

Ved hjelp av en kvantitativ og en kvalitativ datainnsamling i et utvalg kommuner har vi kartlagt hvilke typer tiltak kommunene så langt har igangsatt og hvilke kostnader de har pådratt seg ved disse. Undersøkelsen kartlegger i hovedsak kostnader som har påløpt i 2010 og 2011, altså i en forberedelsesfase til innføringen av Samhandlingsreformen. Kommunene har også gitt kostnadsanslag for implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012.

Videre i kapittel 1 vil vi redegjøre nærmere om prosjektets utgangspunkt og konkretisere hvilke kostnader vi har funnet det hensiktsmessig å kartlegge. I kapittel 2 beskrives opplegg for datainnsamling og analyser av datamaterialet. I kapittel 3 presenterer vi kostnader knyttet til de enkelte aktiviteter/områder som er kartlagt. I kapittel 4 oppsummeres disse kostnadene og analyseres nærmere i forhold til folketall og økonomisk handlefrihet i kommunene. I kapittel 5 presenteres og analyseres en serie holdningsspørsmål relatert til kommunenes oppfatning av ulike aspekter ved Samhandlingsreformen. I kapittel 6 konkluderer vi på basis av undersøkelsens resultater.

1.1 *Rett behandling – til rett tid – på rett sted?*

Samhandlingsreformen skal bidra til bedre samhandling i helse- og omsorgstjenestene slik at:

- Pasienter med behov for koordinerte tjenester får et bedre tilbud
- Innsatsen for å begrense og forebygge sykdom øker
- Samfunnets økonomiske bæreevne styrkes for å møte en endret demografisk utvikling med flere eldre og et endret sykdomsbilde

Som del av Samhandlingsreformen, fikk vi 1. januar 2012 en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og en ny lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes gjennom nye bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Folkehelseloven skal bidra til en utvikling som bedrer folkehelsen og utjevner sosiale helseforskjeller. Ansvar for å fremme folkehelsen hviler ikke bare på helsesektoren. Det skal legges til rette for bedre samordning på tvers av forvaltningsnivå og på tvers av sektorer. Kommunene er spesielt gitt et større ansvar enn tidligere, i det de forventes å sette i verk et bredere spekter av effektive tiltak for å møte helseutfordringer i sin befolkning.

Endring av kommunenes rolle i helse- og omsorgspolitikken er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen. Tilbudet i kommunene skal bli mer mangfoldig og mer i tråd med tidlig intervensjon for å forebygge og hindre helseplager. Folk skal i større grad få bistand på kommunalt nivå til koordinering av behandling, og oppfølgingen av personer med kroniske lidelser skal bli bedre. Det skal bli flere kommunale tilbud til de som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom. I tillegg skal kommunene bli mer bevisst de kostnadene deres innbyggere genererer i spesialisthelsetjenesten, og gjerne utvikle alternative tilbud som kan hindre at det blir nødvendig å belaste spesialisthelsetjenesten.

Innføringen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har medført at det i 2012 ble overført om lag 5,6 mrd. kroner fra de regionale helseforetakene til kommunene. Det er ikke lagt inn andre spesifikke midler i overføringene til kommunene, til finansiering av Samhandlingsreformen. Kommunene forventes å jobbe smartere og mer innovativt for å ta seg av sine utskrivningsklare pasienter og reduserer behovet for sykehustjenester i sin befolkning, samtidig som de forventes å disponere noe av den generelle veksten i sine budsjett til helseformål i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

I Kommuneproposisjonen fra KRD i 2012, står det blant annet følgende om de økonomiske virkemidlene i reformen: *"De økonomiske virkemidlene skal støtte målene om bedre arbeidsfordeling mellom kommune og helseforetak, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. Et viktig grep i reformen har vært å etablere virkemidler som gir spesialisthelsetjenesten og kommunene økonomiske insentiver til å samarbeide. En eventuell innsparing i kommunene som følge av kommunal medfinansiering og den nye ordningen med betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, vil kunne inngå som en del av grunnlaget for drift av alternative tilbud i kommunene."*

Det er bred oppslutning om Samhandlingsreformens mål. Det er imidlertid stilt spørsmål ved de økonomiske insentivene i reformen og antagelsen om at det nærmest vil være «gratis» å legge om til en praksis med økt kommunal helsetjenesteinnsats med større fokus på forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon. Empiri tyder på at økt innsats på kommunalt nivå kan føre til økt bruk av spesialisthelsetjenester og ikke motsatt¹. Kritikere har hevdet at kommunal medfinansiering vil påføre spesielt de små kommunene økt økonomisk risiko fordi det er vanskelig å forutsi etterspørselen etter spesialisthelsetjenester². 20 % kommunal medfinansiering som i utgangspunktet ble begrunnet med at det skulle gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling, er trolig for lite som økonomisk virkemiddel for å utvikle slike. En økonomisk analyse av diabetesteamet i Alta kommune, viser eksempelvis at de kommunale merkostnadene ved å drive teamet ikke vil kunne dekkes inn av spart kommunal medfinansiering³. Terje P. Hagen⁴, professor i helseledelse, illustrerer i et regneeksempel

¹ T. Iversen & C-T.A. Ma. Market conditions and general practitioners' referrals. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2011, vol. 11, 245-265.

² Terje P. Hagen. Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. HERO-rapport 2009:6. Oslo: Universitetet i Oslo.

³ Birgit Abelsen og Margrete Gaski. Samfunnsøkonomisk analyse av diabetesbehandlingen i Alta kommune. 2011:4. Alta: Norut Alta.

⁴ Terje P. Hagen. Samhandlingsreformen: Hva var den, hva er den og hva blir den? Foredrag.

hvordan en gjennomsnittlig norsk kommune etter 4 år med samhandlingsreform innenfor rehabilitering ligger an til å kunne spare kostnader tilsvarende ¼ sykepleierstilling. Anne Lise Fimreite, professor i offentlig administrasjon, hevder på sin side at Samhandlingsreformen er et nytt eksempel på at staten bruker kommunene til å stramme inn den offentlige utgiftsveksten og at kommunene burde sagt nei til hele reformen⁵.

Økonomiske insentiver gir ofte de virkninger man ønsker, men de har også tendens til å gi utilsiktede effekter. Kommunal medfinansiering er ment som et insentiv for bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Plikten til medfinansiering av somatisk spesialistbehandling vil imidlertid ligge på kommunen uansett hva behandlingen går ut på. Det er usikkert hvordan spesialisthelsetjenesten vil opptre i en slik situasjon og man har foreløpig lite forskningsbasert kunnskap om dette. Forventingene fra myndighetenes er helt klart at kommunal medfinansiering vil bidra til en reduksjon i forbruket av spesialisthelsetjenester, men en har ingen garanti for at ikke helseforetakene ser kommunene som pålitelige medfinansierer av nye spesialisttilbud som snarere vil øke veksten i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen er satt i gang uten forutgående forsøk og utprøving. Den ligner i så måte på sykehusreformen⁶, men skiller seg fra fastlegereformen som ble prøvd ut i noen utvalgte kommuner før den ble implementert i alle⁷. Slik utprøving gir mulighet for å studere effekter av blant annet økonomiske insentiv og justere i forhold til eventuelle utilsiktede virkninger. Uten forutgående utprøving, får reformen mer usikre utfall. Det er imidlertid satt i gang en forskningsbasert følgeevaluering av reformen i regi av Norges forskningsråd. Følgeevalueringen skal i følge KRD gi nyttig informasjon gjennom planperioden og være et grunnlag for eventuelle framtidige justeringer i virkemiddelbruk⁸. Forskningsrådet innvilget våren 2012 tre følgeevalueringsprosjekt for til sammen 25 millioner kroner.

1.2 *Nærmere om prosjektets utgangspunkt*

Dette prosjektet søker å kartlegge de reformkostnadene som hittil er erfart og synliggjort på kommunalt nivå og de kostnadene kommunene har finansiert.

En reform kan forstås som endrede regler for offentlig ressursbruk⁹. Målsettingen for reformen kan være en volum- eller kvalitetsøkning i det offentlige tjenestetilbudet, eller det kan være en kostnadseffektivisering for et gitt tjenestetilbud. I det sistnevnte tilfellet vil det være snakk om en reformgevinst. De fleste reformer vil i varierende grad ha virkninger for alle disse komponentene. Intensjonen med Samhandlingsreformen er utvilsomt at den på sikt skal gi en reformgevinst. Fra regjeringshold omtales reformen gjerne som en *retningsreform*. Det er noe uklart hva begrepet retningsreform betyr. Kan hende brukes det for å understreke at det kan ta tid før reformgevinster realiseres fordi de antas å komme som følge av langsomme endringsprosesser.

⁵ Kommunal Rapport, 23. juni 2009.

⁶ Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og Medbestemmelse. 2007. Oslo: Norges forskningsråd.

⁷ Stortingsmelding 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet.

⁸ Prop. 115 S (2010–2011) Kommuneproposisjonen 2012, kap 10. Samhandlingsreformen.

⁹ NOU 1994: 15 Kostnadene ved arbeidstidsavtalen og Reform '94, kap 1.5.1 Reformkostnader

Reformkostnadene kan ses som de kostnadene som direkte eller indirekte er en følge av Samhandlingsreformen. Beregning av slike kostnader krever en prognose for de kostnadene som påløper i forberedelsesfasen og etter at reformen er innført, som så må holdes opp mot de kostnadene som ville ha påløpt uten de endringer reformen medfører (basisalternativet). Kostnadene etter reformen vil endre seg dels fordi reglene for ressursbruk endrer seg, men også ved at reformen kan påvirke insitammenter og atferd både i helseforetak og kommunene som begge berøres av samhandlingsreformen.

De budsjettmessige konsekvensene av en reform kan være svært forskjellige på kort og lang sikt. Investeringsiden vil i mange tilfelle variere mer over tid enn driftssiden. Mange investeringer er engangsinvesteringer i form av startkostnader. Andre typer investeringer har en periodisitet i den forstand at det er investeringer i utstyr og anlegg som er gjenstand for slitasje, og derfor må gjenskaffes med jevne mellomrom. Utgiftsprofil og dermed budsjettkonsekvensene kan derfor være forskjellige på kort og lang sikt. Kommunene har også ulik praksis for avskrivning av varige driftsmidler og avsetning av midler til avskrivninger, og dette slår ulikt ut i budsjett og utgiftsprofil.

Samhandlingsreformen er nå i en fase hvor det vil være mulig å få et særlig godt innblikk i kommunenes forberedelses-, oppstarts- og tidlige implementeringskostnader. Investeringskostnader har i mange tilfeller særskilt finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i forkant av reformimplementeringen utlyst prosjektmidler som kommunene har kunnet søke på for primært å redusere sine oppstarts- og investeringskostnader. Det er imidlertid grunn til å tro at midlene HOD har stilt til rådighet ikke fullt ut dekker de kostnader kommunene har på dette området.

I det følgende gir vi en kortfattet presentasjon av undersøkelsesopplegget vårt og begrunnelsene for valget av de kostnader vi har kartlagt.

1.3 Hvilke kostnader er det rimelig å ta hensyn til?

Det er i hovedsak tre typer tiltak som vil kunne genererer ekstra kostnader for kommunene. Disse er: i) administrative tiltak, ii) forebyggende tiltak, samt iii) tiltak knyttet til utvikling og drift av nye kommunale tilbud som skal erstatte spesialisthelsetjenester. I det videre er det gjort et forsøk på å spesifisere disse mulige kostnadene nærmere. Dette har vi gjort primært med basis i helse- og omsorgsloven og folkehelseloven samt St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

1.3.1 Administrative kostnader

Reformen innbefatter et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak/regionale helseforetak. Avtalene skal blant annet etablere en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse. HOD har laget en veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler, men det er selvsagt ingen forutsetning at den følges. Avtalene skal gjennomgås hvert år med sikte på nødvendige endringer/utvidelser. Helse- og omsorgsloven pålegger kommunestyret å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Avtalene skal signeres av ordfører på vegne av kommunen og av styreleder på vegne av helseforetaket.

Helse- og omsorgslovens § 6.2 spesifiserer 11 ulike punkt som det skal lages avtaler om. HOD besluttet høsten 2011 at det innen 31. januar 2012 skulle foreligge fire del-/tjenesteavtaler om følgende lovpålagte elementer:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter
- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede

Innen 1. juli 2012 skulle del-/tjenesteavtaler om følgende øvrige elementer være inngått:

- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- Samarbeid om jordmortjenester
- Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- Samarbeid om forebygging

Intensjonen er at ansatte, pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene¹⁰. Kommunene hadde på undersøkelsestidspunktet ferske erfaringer med inngåelsen av disse avtalene. Det er rapportert om konflikter flere steder i landet som har gjort at helseforetak og kommuner ikke har blitt enige om avtaler innen de fristene som er satt¹¹. Vi har undersøkt om kommunene har hatt ekstra utgifter knyttet til inngåelsen av disse avtalene.

Fra 2012 skal kommunene betale 20 % av det faktiske forbruket av somatiske sykehustjenester¹². Til dette formålet overføres det i 2012 ca 5 milliarder kroner fra helseforetakene til kommunene. Midlene fordeles til kommunene via rammetilskuddet som frie inntekter. Ordningen skal praktiseres ved at det foretas månedlige a konto innbetalinger fra kommunene til helseforetakene. A konto innbetalingene vil bli justert hvert tertial, avhengig av faktisk forbruk. Er det faktiske sykehusforbruket høyere enn det den enkelte kommune har betalt inn, vil a konto beløpene bli justert opp, og dersom det er lavere vil de bli justert ned. Kommuner som reduserer sykehusforbruket i 2012, vil beholde pengene de sparer. Behovet for sykehustjenester er imidlertid lite predikerbart og det er derfor grunn til å anta at en del kommuner vil oppleve større kostnader enn det staten forventer ved dette kjøpet av spesialisthelsetjenester. KS følger selv med på hvordan merkostnadene som

¹⁰ Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹¹ Helserådet 04/2012.

¹² Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter presiserer at medfinansieringsplikten ikke gjelder for innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold: a) kirurgiske inngrep, b) fødsler, c) behandling av nyfødte barn og d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler.

erfares er sammenliknet med a konto. Det er således ikke del av denne undersøkelsen. I vår undersøkelsen har vi konsentrert kartleggingen om å finne ut om det er satt inn ekstra arbeidskraft i kommunene for å administrere medfinansieringsansvaret.

Kommunen skal som en del av Samhandlingsreformen ha ansvaret for pasienter som er utskrivningsklare i sykehus fra dag én. Det er sykehusene som sitter med definisjonsmakten for når pasienter er utskrivningsklare. Dette er et område hvor det kan tenkes at kommunene og sykehusene kan ha ulike oppfatninger. Hvorvidt ulikheter i oppfatning og dens eventuelle konsekvenser lar seg oversette til økonomiske termer, er imidlertid uklart. Det som er klart, er at kommunen tidligere har kunnet vente i 10 dager etter at de er varslet om utskrivningsklare pasienter før de har fått fullt finansieringsansvar. Nå må kommunen betale 4 000 kroner pr pasient pr døgn dersom de velger fortsatt sykehusopphold for sine utskrivningsklare pasienter. Kommunene får i 2012 overført rundt 560 millioner kroner via rammetilskuddet for å etablere kommunale tilbud til disse pasientene. Midlene kan brukes til å bygge opp lokale tilbud for å ta imot utskrivningsklare pasienter, eller til å betale for fortsatt opphold i sykehussenger dersom kommunen vurderer dette som mest hensiktsmessig. Vi har kartlagt i hvilken grad dette tilbudet kjøpes i spesialisthelsetjenesten eller om det bygges ut nye tilbud i kommunen. Videre har vi søkt å finne ut om det settes inn ekstra ressurser i form av arbeidskraft i kommunen for å administrere eller helst unngå dette kjøpet av "spesialisthelsetjenester". Med andre ord om det er behov for å bygge opp et apparat for å administrere utskrivningsklare pasienter på annen måte enn tidligere.

Det kan nå stilles krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Vi har kartlagt om kommunene har system for dette eller om det må påregnes ekstra kostnader her.

1.3.2 Forebyggende tiltak

Både helse- og omsorgsloven og folkehelseloven tydeliggjør kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Som et ledd i å styrke forebyggende helsetiltak anbefaler Helsedirektoratet at det etableres frisklivssentraler (FLS) i alle kommuner, eventuelt i interkommunale samarbeid¹³. FLS skal være et kommunalt kompetansesenter med tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og røyk. Arbeidet skal være basert på dokumentert effektive metoder og kommunen har et lovhjemlet ansvar for at tilbudet er faglig forsvarlig. Helsedirektoratet forutsetter derfor at tilbudene som gis, skal være kvalitetssikret og kunnskapsbasert. Mange kommuner har allerede etablert en FLS og Helsedirektoratet har anbefalt FLS som ett av satsingsområdene for bruk av kommunenes økte frie midler til styrking av forebyggende helsearbeid som et ledd i opptrappingen i forbindelse med Samhandlingsreformen. Det er grunn til å anta at enkelte kommuner har etablert eller planlegger å etablere FLS som ledd i sin egen implementering av Samhandlingsreformen. Andre har trolig valgt alternative tilnærminger i sitt primærforebyggende folkehelsearbeid¹⁴. Uavhengig av tilnærming, har vi undersøkt om det er kostnader for kommunene forbundet med dette.

¹³ Veileder for kommunale frisklivssentraler Etablering og organisering. 2011, IS-1896. Helsedirektoratet.

¹⁴ Primærforebyggende folkehelsearbeid handler i hovedsak om å identifisere individer med risiko for sykdom og iverksette tiltak som skal hindre sykdomsutvikling.

Det er ikke nytt at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I mange kommuner har dette ansvaret blitt ivaretatt av kommunelege I. Det er imidlertid grunn til å anta at det økte fokuset på forebygging vil fordre ekstra ressurser utover den ressursen som kommunelege I representerer. Det vil trolig være behov for en type plankompetanse som mange kommuner i utgangspunktet ikke har¹⁵. Rollen fylles i økende grad av folkehelsekoordinatorer som tillegges et ansvar for å tilrettelegge nødvendige overordnede grep for å møte folkehelseutfordringene. Undersøkelsen kartlegger om det er, eller planlegges, satt inn ekstra arbeidskraft og tiltak for å ivareta dette ansvarsområdet. Videre har vi spurt om kommunene har investert, eller ser for seg at de må investere i kompetanseheving for en god ivaretagelse.

1.3.3 Utvikling og drift av nye kommunale tilbud som skal erstatte spesialisthelsetjenester

Kommunen vil fra 2016 få ansvar for etablering og drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (Ø-hjelp) på kommunalt nivå. Ikke planlagte innleggelse på sykehus utgjør en stor andel av all sengekapasitet på sykehusene. Tanken er at et kommunalt heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp skal kunne erstatte en stor del av disse ikke planlagte innleggelsene i sykehus. Planen er en delvis innfasing av slike tilbud hvor det overføres særskilte midler til oppbygging og drift fra staten. Til oppbygging kan kommunene søke om investeringstilskudd gjennom investeringsordningen til heldøgns omsorgsplasser. Driftskostnadene skal fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2012 til 2015, med sikte på innlemming ved ikrafttredelse av plikten i 2016. Vi har spurt kommunene om de har hatt, eller regner med å få, økte kostnader til etableringen av dette tilbudet. For mindre kommuner vil det trolig være aktuelt med et interkommunalt samarbeid for etablering av øyeblikkelig hjelp-plasser. Vi kartlegger her eventuelle kostnader knyttet til dette.

Det er i dag etablert, og det planlegges etablert, helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Disse samarbeidene har ofte høyst ulik form og omtales med ulike begrep (for eksempel lokalmedisinske senter, sykestuer, intermedieæravdelinger, helsehus eller liknende). Noen har eksistert i mange år mens andre bare er på planleggingsstadiet. Slikt samarbeid er i tråd med, og kan trolig dels ses som en konsekvens av, Samhandlingsreformen. Vi har kartlagt omfanget av slike tilbud og kommunenes kostnader knyttet til planlegging, etablering og drift av disse.

HOD har i 2010, 2011 og 2012 bevilget prosjektmidler til kommunene for å berede grunnen for Samhandlingsreformen¹⁶. Til sammen ble 73 mill. kroner, fordelt på 111 prosjekter, bevilget i 2010. I 2011 var det satt av 133 mill. kroner, fordelt på 173 prosjekter. I juni 2012 ble det fordelt ytterligere 81,6 mill. kroner til 199 prosjekter. Typen av prosjekter varierer.

¹⁵ H. Hofstad. Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*. 2011, 12:3, 387-406.

¹⁶ Informasjonen er hentet fra HODs nettsider.

Alle de tre årene er det naturlig nok mange som handler om etablering/utvikling av lokalmedisinske sentra; ca 25 i 2010 og ca 33 i 2012. Mange prosjekt er rettet inn mot geriatri og demensomsorg, men også mot psykisk helsearbeid, rusomsorg, palliative forløp, frisklivssentraler, forebyggende tiltak, jordmortjeneste og mobil røntgentjeneste, for å nevne noen. Det ser ut til at mens utvikling av de lokalmedisinske sentrene utgjør en større andel av tildelingene det første året, har de forebyggende tiltakene og frisklivssentralene økt sin andel av prosjektene i 2012. Mens 10 av 111 prosjekter i 2010 eksplisitt retter seg inn mot forebygging, er tallene for 2012 34 av 199.

Prosjektene involverer som regel flere kommuner, noen av dem mer enn 10 kommuner. Denne tendensen er svært tydelig i de prosjektene som ble tildelt midler i 2011 og 2012. I 2010 står det enkelte sykehus og/eller helseforetak bak en betydelig andel av prosjektene, mens det i 2011 og 2012 er kommunene som dominerer. I enkelte tilfeller går prosjektet nettopp ut på å utvikle et interkommunalt samarbeid på helseområdet. Kommuner av alle størrelser er med, både små utkantkommuner og store bykommuner. Prosjektene varierer i størrelse, fra 150.000 kroner til drøye 2 mill. kroner. Hovedtyngden av prosjektene ser ut til å ha blitt tildelt mellom 300.000 og 600.000 kroner. Vi har funnet det relevant å spørre om kommunene om disse prosjektene for å avdekke eventuelle merkostnader forbundet med gjennomføringen av disse.

Samhandlingsreformen legger opp til at mer av den polikliniske behandlingen som har foregått i spesialisthelsetjenesten nå skal foregå i kommunene. Vi har undersøkt i hvilken grad det som del av iverksettingen av reformen etableres diagnosespesifikke kommunale behandlings-/oppfølgingstilbud (eksempelvis for diabetes, KOLS, kreft og demens) og hvilke kostnader kommunene dekker i slike sammenhenger. Vi har også kartlagt hvorvidt en slik oppbygging skjer på tvers av fag og i interkommunale samarbeid og hvilke kostnader kommunene pådrar seg ved dette.

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen fremhever at det er ønskelig med en vekst i legetjenesten i kommunene. Kommunene har i dag mulighet til å pålegge inntil 7,5 timer til allmennt medisinske offentlige oppgaver for fastleger i full tids arbeid. Det er ingen signaler om noen utvidelse av timetallet som kan pålegges verken i reformen eller i forslaget til ny fastlegeforskrift som nå etter høringsrunden behandles i HOD, men kommunen og fastlegen kan avtale et høyere timeantall enn 7,5 timer per uke. Mange kommuner har pålagt fastlegene mindre enn 7,5 timer allmennt medisinske offentlige oppgaver pr uke. De har med andre ord noe å gå på. Vi har kartlagt om kommunene i forbindelse med Samhandlingsreformen har kjøpt ekstra kapasitet fra fastlegene for å dekke nye behov.

1.3.4 Andre kostnader

Økt ansvar og nye oppgaver gir opplagt et behov for å styrke kompetansen blant helsearbeidere i kommunesektoren. Kompetent arbeidskraft er med andre ord en kritisk faktor for reformen. Det er all grunn til å anta behovet for faglig utvikling og kompetanseløft vil bety kostnader for kommunene. Vi undersøker her omfanget av disse kostnadene så langt.

Samhandlingsreformen innebærer også at kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på

tjenestetilbudet. Vi undersøker om kommunene så langt har erfart, eller ser for seg at det vil bli, ekstra kostnader forbundet med dette.

2 Datainnsamling, datamateriale og analyser

Det er kommunene som er studieobjektet her, og vi har samlet inn data om og fra kommunene. For å belyse problemstillingene har vi valgt en todelt datainnsamling. Den første delen er en kvantitativ spørreundersøkelse (survey) som er ment å være en representativ kartlegging av merkostnader knyttet til planlegging og tidlig implementering av reformen i norske kommuner. Den andre delen er en kvalitativ studie i et mindre utvalg case-kommuner for å validere og utdype funnene i surveyen. Både når det gjelder surveyen og case-studien har vi ivaretatt alminnelige forskningsetiske hensyn.

I det følgende vil vi gi en nærmere beskrivelse av de to datainnsamlingene.

2.1 Surveyen

Spørreundersøkelsen ble sendt til rådmenn eller den rådmannen i den enkelte kommune mente var rette vedkommende til å svare på spørsmålene. Datainnsamlingen ble gjennomført elektronisk ved hjelp av verktøyet Analyzer i perioden fra 7. mai til 22. juni i 2012.

Ved oppstarten av dette prosjektet, hadde KS allerede gjennomført en kartlegging av eksisterende samhandlingsprosjekter i kommunene. Vi har brukt denne kartleggingen, og supplerende informasjon fra HODs nettsider om igangsatte samhandlingsprosjekt, for å hente bakgrunnsinformasjon om pågående reformrelevant prosjektarbeid i norske kommuner. For oss var denne eksisterende informasjonen et viktig utgangspunkt for utformingen av surveyen. Den ga oss en oversikt både over hvilke tilpasninger ulike typer kommuner har gjort så langt, samt noe av det tilhørende kostnadsbildet. Spørsmålene i surveyen ble formulert med utgangspunkt i denne informasjonen og de områdene vi har beskrevet over. Det ble laget to versjoner av spørreskjemaet. De var i hovedsak like, men de kommunene som (alene eller i interkommunalt samarbeid) i løpet av 2010 og/eller 2011, har fått midler til å gjennomføre prosjekt knyttet til implementering av Samhandlingsreformen fra HOD, fikk et tilleggsspørsmål om hvilket beløp kommunen hadde investert som egeninnsats i disse prosjektene. Spørreskjemaet med dette tilleggsspørsmålet finnes som vedlegg.

Vi la ellers stor vekt på å utforme spørsmål som ga så lite rom for tolkninger som mulig, og som var så enkle som mulig å besvare. I undersøkelsen ønsket vi å kartlegge kommunenes kostnader/ressursbruk knyttet til planlegging og implementering av Samhandlingsreformen så langt. Vi valgte i samarbeid med oppdragsgiver, å konsentrere undersøkelsen om årene 2010 og 2011, men spør også om anslag for kostnader i 2012.

I den grad kostnadene/ressursbruken finnes som regnskapsførte utgiftstall, ble kommunene bedt om å oppgi disse. Alternativt eller i tillegg, kunne ressursbruken oppgis som anslag på medgått arbeidstid. Vi har primært spurt om kommunens netto kostnader. Det vil si kostnader som kommunen ikke får refundert fra statlige myndigheter, helseforetak eller andre. I vår kommunikasjon med kommunene gjorde vi det klart både muntlig og skriftlig at vi har forståelse for at det ikke vil være mulig for dem å gi oss eksakte tall, men at vi ba om

deres beste skjønn. Vi antok at enkelte forhold ville være komplekse og vanskelig å kartlegge gjennom enkle spørsmål. Vi la derfor inn mange kommentarfelt som ga respondenten mulighet til å utdype sine svar. Det er grunn til å tro at det er knyttet stor usikkerhet til anslagene for medgått arbeidstid i 2010 og 2011. Kommunen oppgir at de ikke har ført timelister som kan dokumentere dette arbeidet. Timeantallet er dermed søkt rekonstruert og det er trolig farget av den rasjonalitet kommunene i ettertid finner mest hensiktsmessig. Det er med andre ord en viss fare for overestimering når det gjelder timeanslagene. Vi antar at det er knyttet mindre usikkerhet til anslagene for nødvendig tidsbruk i 2012. Dette fordi reformen nå er en realitet og ressursene som skal til for å implementere den i den enkelte kommune trolig er enklere både å identifisere og kvantifisere.

Det var også av interesse å kartlegge kommunenes motivasjon for å utvikle nye tilbud. Gjør kommunene dette fordi de anser at tiltakene på sikt vil gi en helsemessig og økonomisk gevinst, eller setter de i verk tiltak fordi de regner med at de vil bli finansiert av andre budsjett enn kommunens? Det ble også lagt vekt på å få fram informasjon om kommunenes holdninger til Samhandlingsreformen og til folkehelsearbeid. Disse forholdene ble kartlagt ved hjelp av påstander der respondentene kunne tilkjenne grad av uenighet/enighet (på en ordinal skala fra 1=helt uenig til 6 =helt enig).

Før utsending, ble spørreskjemaet diskutert med prosjektets referansegruppe, testet på en mindre gruppe og justert i henhold til relevante tilbakemeldinger.

Vi fant det ikke hensiktsmessig å inkludere alle landets kommuner i surveyen. Dette av ressursmessige hensyn. Basert på erfaring, antok vi at det ville bli en stor utfordring å få en høy svarprosent. Vi valgte derfor å rette undersøkelsen mot et utvalg kommuner og prioritere ressurser til å ta kontakt pr telefon med rådmennene i alle kommunene som ble inkludert i utvalget. I løpet av telefonsamtalen informerte vi om undersøkelsen og sikret at vi hadde en mottaker som var rette vedkommende til å svare på spørsmålene, og en avtale om at kommunen ville delta i undersøkelsen, før den ble sendt ut ved hjelp av e-post. E-posten inneholdt en lenke til det elektroniske spørreskjemaet. I tillegg var spørreskjemaet vedlagt i pdf-format slik at det var mulig for de som skulle svare, å gjøre nødvendige forberedelser. Vi brukte også en del ressurser på å purre på kommuner som ikke responderte, til tross for at de hadde sagt ja til å delta i undersøkelsen. Enkelte kommuner ble purret opptil tre ganger med e-post. Noen av disse ble også oppringt en andre gang for å minnes på å svare.

Vi valgte denne tette oppfølgingen og kvalitetssikringen av datainnslingsprosessen for å sikre en høy svarprosent. Framgangsmåten er ressurskrevende, og prosjektets økonomiske rammer tilsa visse begrensninger på antallet kommuner i surveyen. Spørreskjemaet ble derfor, etter avtale, sendt til ca 25 % av kommunepopulasjonen, altså 110 kommuner. Et større antall kommuner enn dette ble kontaktet (totalt 140), for å sikre at vi fikk 110 kommuner som bekreftet at de ville delta i undersøkelsen.

Utvalget av kommuner bygget på en antagelse om at kommunens økonomiske handlefrihet legger føringer på måten de implementerer Samhandlingsreformen. Vi trakk et proporsjonalt, stratifisert utvalg i henhold til SSBs kommuneinndeling beskrevet av

Langørgen og Aaberge¹⁷, hvor kommunene er ordnet i 10 grupper etter økonomiske rammebetingelser som folkemengde, bundne kostnader og frie disponible inntekter pr innbygger. I de tilfeller der den opprinnelig valgte kommunen ikke viste seg aktuell, erstattet vi kommunene med en tilfeldig valgt kommune fra samme kommunegruppe.

Da vi i slutten av juni satte strek for datainnsamlingen, hadde vi fått svar fra 86 kommuner. Dette ga en svarprosent på 78. Selv om vi ikke nådde målet om svar fra 110 kommuner, antar vi at det ikke er noe systematisk frafall og at datamaterialet er tilstrekkelig stort til å gi representative svar for undersøkelsens formål. Vi antar at manglende svar fra enkeltkommuner kan ha sammenheng med at det var streik i kommunesektoren i den perioden vi samlet inn data. En annen mulig forklaring på bortfallet, er at spørreskjemaet er ganske omfattende og tidkrevende å besvare.

De 86 kommunene i undersøkelsen representerer 20 % av landets kommuner. Pr 1. januar 2012 bodde det til sammen 864 544 personer i disse kommunene noe som tilsvarer drøyt 17 % av landets befolkning.

Tabell 1 viser hvordan landets 429 kommuner fordeler seg mellom de 10 kommunegruppene delt inn etter økonomiske rammebetingelser, og tilsvarende fordeling blant de 86 kommunene som deltok i surveyen. Fordelingen viser at kommunegruppe 4 er noe overrepresentert mens kommunegruppe 5 er noe underrepresentert. Ellers er representasjonene i de øvrige gruppene i utvalget relativt lik landsbasisen. I vårt materiale er 23 kommuner (27 %) definert som kommuner med høye frie disponible inntekter. Kommunegruppen utgjør samme andel i vårt utvalg som den utgjør på landsbasis. Blant de 86 kommunene i utvalget, var det 35 (41 %) som hadde mottatt midler til samhandlingsprosjekt (alene eller i interkommunalt samarbeid) fra HOD. På landsbasis viser våre beregninger at om lag en tredjedel av landets kommuner har mottatt slike midler. Dette er regnet ut fra hvilke kommuner som står som ansvarlig for prosjektet. Svært mange prosjekt er samarbeidsprosjekt, og andelen kommuner som deltar i slike prosjekt stiger betraktelig hvis samarbeidspartnere regnes med.

¹⁷ A. Langørgen og R. Aaberge (2011): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2008. Rapporter 2011/8, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 1: Oversikt over kommuner totalt og i utvalget fordelt etter kommunegruppering basert på folkemengde og bundne kostnader.

Kommunegruppe	Antall kommuner totalt	% av alle kommuner	Antall kommuner i utvalget	% av utvalget
1 De 4 største kommunene	4	0,9	1	1,1
2 De 10 kommunene med høyest frie disponible inntekt	10	2,3	3	3,5
3 Små kommuner med lave bundne kostnader	1	0,2	1	1,2
4 Små kommuner med middels bundne kostnader	123	28,7	32	37,2
5 Små kommuner med høye bundne kostnader	101	23,5	14	16,3
6 Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	59	13,8	9	10,5
7 Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	84	19,6	17	19,8
8 Mellomstore kommuner med høye bundne kostnader	2	0,5	0	0,0
9 Store kommuner med lave bundne kostnader	44	10,3	8	9,3
10 Store kommuner med middels bundne kostnader	1	0,2	1	1,1
Totalt	429	100,0	86	100,0

2.2 Den kvalitative undersøkelsen i 8 casekommuner

Den kvalitative undersøkelsen omfatter datainnsamling i 8 casekommuner. Disse ble valgt ut blant kommunene som hadde sagt ja til å delta i surveyen. Valget var basert på flere kriterier. Vi ønsket i første rekke gjennom mer grundige intervju å validere survey-resultatene. I tillegg antok vi at surveyen ville avdekke resultater som det vil være særlig interessant å utdype nærmere. Øvrige kriterier for valg av casekommuner var:

- Størrelse
- Sentralitet/befolkningsstruktur
- Avstand til sykehus
- Økonomisk handlefrihet
- Pågående samhandlingsaktivitet

Ressurshensyn ga noen begrensninger med hensyn til valg av kommuner. Vi fant det hensiktsmessig å konsentrere datainnsamlingen rent geografisk og valgte to kommuner i Nord-Norge, tre i Midt-Norge og tre på det sentrale Østlandet. Kommunene som ble valgt var: Alta, Bardu, Levanger, Trondheim, Ørland, Kongsberg, Nannestad og Nesodden (se tabell 2).

Hensikten med den kvalitative datainnsamlingen var å gå nærmere inn på kommunenes forberedelser og tidlige implementering av Samhandlingsreformen. Vi var spesielt interessert i å avdekke mer om kostnadsdrivende elementer, for eksempel knyttet til avtalesystemet mellom kommuner og helseforetak, den kommunale medfinansieringen samt de utskrivningsklare pasientene.

Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av gruppeintervju. Gruppeintervju kan passe bedre enn en-til-en-intervjuer når man ønsker at deltakerne skal bidra til utdyping, og har vist seg svært hensiktsmessig når det dreier seg om å gjengi utviklingsprosesser¹⁸. Et viktig fortinn ved gruppeintervju er at deltakerne kan motsi hverandre, supplere hverandre og i fellesskap rekonstruere hva Samhandlingsreformen hittil har ført med seg av merkostnader for kommunen og hva de ser for seg av fremtidige kostnader. Deltagerne kunne med andre ord validere hverandres utsagn, noe som særlig er en fordel når det gjelder retrospektive data.

Alle gruppeintervjuene ble gjennomført i perioden fra 16. mai til 13. juni 2012. Fra 3-6 informanter deltok i hvert intervju. Utvalget av informanter ble gjort i samråd med rådmannen eller leder for pleie- og omsorgsavdeling, eller tilsvarende, og det var også denne som kontaktet informantene og inviterte til å delta i gruppeintervju.

I forkant av intervjuet sendte vi på epost til hver enkelt informant et skriv med informasjon om prosjektet og informasjon om gjennomføringen av intervjuet samt hvordan intervjudata vill bli behandlet og lagret. De fikk også tilsendt intervjuguiden (se vedlegg). Ved begynnelsen av hvert intervju informerte vi også muntlig om dette, med vekt på at intervjuene bare vil være tilgjengelige for forskerne i prosjektet, at en som informant har anledning til å trekke seg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt, samt at dersom vi ønsker å identifisere informanter vi siterer i rapporten, vil vi innhente godkjenning fra den det gjelder. Ingen av informantene hadde innvendinger til denne framgangsmåten og de ga uttrykk for at de mente de forskningsetiske hensynene ble godt ivaretatt. Ingen var skeptisk til framgangsmåten og ingen har i ettertid ønsket å trekke seg fra undersøkelsen.

To forskere var til stede ved hvert av intervjuene, med ett unntak, der en forsker alene sto for intervjuet. Intervjuene ble tatt opp for å sikre at all informasjon ble registrert. Senere er det skrevet utførlige referater. Disse er ikke ordrette, med unntak av at enkelte sitater som vi har tenkt ville fungere illustrerende i rapporten, er notert ordrett. Hvert intervju varte mellom en og halvannen time.

¹⁸ Jfr. T. Ringholm, N. Aarsæther, P. Bogason og M-B. Ellingsen (2011): Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse, Rapport nr. 2/2011, Tromsø: Norut Tromsø.

Tabell 2: Oversikt over de 8 case-kommunene.

Kommune	Størrelse	Økonomiske forhold	Prosjekt med støtte fra HOD (2010, 2011)
Alta	Middels	Middels bundne kostnader og høye, frie disponible inntekter	Leder prosjekt med å videreutvikle lokalmedisinske funksjoner ved Alta DMS i samarbeid med Kvæningen, Kautokeino og Loppa. Fra 2012: Regionalt diabetesteam med samme kommuner.
Bardu	Liten	Middels bundne kostnader og høye, frie disp. inntekter	Deltar i prosjekt med å utvikle lokalmedisinsk senter, videreutvikling av legevaktsamarbeid, inkludert observasjonssenger og forsterket sykehjem i kommunen, i samarbeid med Målselv, Lavangen og Salangen. Deltar i etablering av interkommunalt samarbeid om å opprette lærings- og mestringssenter.
Levanger	Middels	Høye bundne kostnader og middels frie disp. inntekter	Fra 2012: deltar i planlegging av Innherred lokalmedisinsk senter i tilknytning til legevakta, sammen med Verdal og Frosta.
Trondheim	Storby		Deltar i to prosjekt: 1) Avdeling for kreft og palliasjon i lokalmedisinsk senter og 2) Helse og velferdsvakta, interkommunalt samarbeid med Melhus, Klæbu og Malvik. Fra 2012: samarbeid om elektronisk meldingsutveksling, med Malvik og helseforetak.
Ørland	Middels	Høye bundne kostnader og middels frie disp.inntekter	Deltar i utvikling av Fosen DMS IKS, sammen med kommunene Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan, Osen, Leksvik, Helse Midt og St. Olav Hospital. Fra 2012: Samarbeid om samhandling og interkommunal kompetanseheving, med samme kommuner.
Kongsberg	Stor/By	Lave bundne kostnader og middels frie disp. inntekter	Deltar i prosjektet "Helseløft for Kongsbergområdet", hvor planlegging av et lokalmedisinsk senter inngår.
Nannestad	Middels	Høye bundne kostnader og lave frie disponible inntekter	Deltar i prosjekt om tidlig oppfølging i svangerskap og etter fødsel, og i planlegging av distriktsmedisinsk senter på Øvre Romerike. Fra 2012: Deltar i samarbeid om utredning av interkommunal legevakt, rehabilitering, samt styrking av kompetanse på tvers av kommunegrenser.
Nesodden	Liten	Høye bundne kostnader og lave, frie disp. inntekter	Planlegger lokalmedisinsk senter i Follo sammen med Vestby, Ski, Ås, Frogn, Oppegård, Enebakk og Akershus universitetssykehus.

2.3 Analyser av datamaterialet

Det kvantitative datamaterialet er analysert med basis i frekvenstellinger, deskriptive beregninger av sentraltendens og spredning, korrelasjonsanalyser og statistiske sammenlikninger av gjennomsnitt i ulike grupper (ANOVA). Disse analysene er gjort ved hjelp av analyseverktøyene SPSS og Excel. For å teste hvorvidt de tre kommunekaraktistikk variablene, befolkning, kommunegruppe og frie inntekter, samlet sett kan forklare variasjoner i de oppgitte kostnadene har vi brukt en sekvensiell korrelasjonsanalyse (canonical correlation analysis), utført ved hjelp av statistikkprogrammet R.

En del av kommunenes kostnader er oppgitt som medgått intern arbeidstid målt i timer eller stillingsprosent. For å omregne disse til kostnader, har vi benyttet estimat for arbeidskraftkostnaden pr time for årene 2010, 2011 og 2012. Disse estimatene er basert på tall fra SSB om gjennomsnittlig månedslønn for heltidsansatte i kommunal og fylkeskommunal virksomhet¹⁹. Vi har valgt å bruke lønnen for lederyrker siden vi finner den mest relevant i denne sammenhengen. Når det gjelder noe av interntiden som er medgått i kommunene, er dette trolig et underestimat fordi noen av oppgavene er utført av folk i det absolutte lønnsmessige toppskiktet i kommunen (for eksempel rådmann), mens det i andre tilfeller er et overestimat fordi oppgavene ikke er utført av folk i lederstilling (for eksempel sykepleier). For å forenkle beregningene, har vi imidlertid valgt å anta at gjennomsnittslønnen for lederyrkene er et rimelig gjennomsnittestimat.

SSB oppgir gjennomsnittlig månedslønn for 2010 og 2011. Vi har antatt 4 % økning fra 2011 til 2012 og selv beregnet en gjennomsnittlig månedslønn for 2012. Vi har lagt til grunn at et gjennomsnittlig månedsverk utgjør 158 timer. Vi har videre lagt til grunn en total arbeidskraftkostnad²⁰ per time som er 1,5 ganger timelønnen.²¹ Våre beregninger bygger på estimatene for arbeidskraftkostnad pr time i 2010, 2011 og 2012 som er gjengitt i tabell 3.

Tabell 3: Beregnet gjennomsnittlig timepris og arbeidskraftkostnad pr time i 2010, 2011 og 2012.

År	Gj.snittlig timepris	Gj. snittlig arbeidskraftkostnad pr time
2010	kr 44 700/158 = kr 283	1,5 * kr 285 = kr 425
2011	kr 46 500/158 = kr 294	1,5 * kr 294 = kr 441
2012	Kr 48 360/158 = kr 306	1,5 * kr 306 = kr 459

Til sammenlikningen av gjennomsnittskostnader (ANOVA), har vi laget en kommunegruppering som reduserer de 10 gruppene i tabell 1 til fem grupper. Disse gruppene er:

1. små kommuner (1000-4 999 innb.) med middels bundne kostnader (gr. 4)
2. små kommuner (1000-4 999 innb.) med høye bundne kostnader (gr. 5)
3. mellomstore kommuner (5000-19 999 innb.) med lave bundne kostnader (gr. 6)
4. mellomstore kommuner (5000-19 999 innb.) med middels bundne kostnader (gr. 7)
5. store kommuner (20 000 innb. eller flere) med lave bundne kostnader (gr. 9)

¹⁹ <http://www.ssb.no/lonnkomm/tab-2012-03-16-02.html>

²⁰ Kostnader som kommer i tillegg er annen utbetalt lønn, uregelmessige tillegg, bonuser, overtidsbetaling samt andre kontantytelser, naturalytelser, sosiale utgifter (som pensjon), arbeidsgiveravgift og opplæringskostnader.

²¹ NOU 2011:5 Grunnlag for inntektsoppgjørene 2011, kap 3.2.2.

Dette betyr at vi har lagt den store bykommunen inn i gruppe 5 i den nye grupperingen. De to minste kommunene fra gruppe 2 i tabell 1 går inn i gruppe 1 i den nye grupperingen, mens den største av disse går inn i gruppe 3 i den nye grupperingen. Kommunen i gruppe 3 i tabell 1, går inn i gruppe 1 i den nye grupperingen.

I analysen av intervjudata har vi først og fremst vært opptatte av å få fram det generelle bildet av hvordan kommunene har lagt opp arbeidet med å iverksette Samhandlingsreformen. Videre har vi beskrevet variasjoner innenfor dette, samt tilfeller som skiller seg fra det som kommunene vanligvis synes å gjøre. Hensikten er å presentere mangfoldet og variasjonsbredden i det som ligger bak de kvantitative størrelsene som framkommer i materialet fra surveyen. Vi har også lagt vekt på at alle kommunene som deltok i intervjuene skal tre tydelig fram i "fortellinga", gjennom å trekke fram eksempler fra alle kommunene; ikke nødvendigvis for hvert enkelt tema, men samlet sett.

3 Hvilke kostnader har kommunene hatt?

I denne delen av rapporten gir vi en presentasjon av resultatene som har framkommet både i surveyen og i den kvalitative datainnsamlingen. Vi har lagt vekt på å få fram i hvilken grad kommunene har hatt kostnader på de ulike områdene vi har undersøkt og størrelsen på disse samlet sett i vårt utvalg. Vi har også lagt vekt på å få fram variasjonsbredden ved å oppgi minimums- og maksimumskostnader blant kommunene som har oppgitt at de har kostnader. Analysen er organisert slik at vi i hvert delkapittel først omtaler resultater fra surveyen før vi omtaler resultater fra den kvalitative studien.

3.1 Lovpålagte avtaler

Som det framgår av tabell 4, har den store majoriteten blant kommunene samarbeidet med andre kommuner om inngåelsen av de lovpålagte avtalene med helseforetaket. En del kommuner oppgir å ha ledet/koordinert dette arbeidet. Mange har imidlertid kommentert at KS lokalt og/eller andre etablerte samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak har spilt en viktig koordinerende rolle i dette arbeidet. Det at kommunene i stor grad har samarbeidet om de lovpålagte avtalene, har effektivisert arbeidet og trolig spart både dem og ikke minst helseforetakene for kostnader. Det er en tilnærmet unison enighet blant kommunene om at Samhandlingsreformen har styrket deltakelsen i interkommunale samarbeid for egen kommunes vedkommende (se tabell 58).

Tabell 4: Hvordan har din kommune så langt jobbet med de lovpålagte avtalene som skal inngås med helseforetaket?

	Antall	%
Vi har jobbet med dem alene uten særlig samarbeid med andre kommuner	5	6
Vi har ledet/koordinert et samarbeid med andre kommuner	14	16
Vi har samarbeidet med andre kommuner men ikke ledet/koordinert arbeidet	67	78
Totalt	86	100

På spørsmålet om kommunen oppfatter at det har vært reelle forhandlinger om innholdet i avtalene, svarer flertallet at de oppfatter det slik (se tabell 5). Et mindretall svarer at det har

vært begrensninger på dette området. I kommentarene som er gitt i tilknytning til spørsmålet, går det imidlertid fram at helseforetakene og HOD i stor grad oppfattes å ha lagt premissene for forhandlingene. En kommentar fra én av kommunene illustrerer godt meningsinnholdet i mange av de andre kommentarene: *"Avtalene har preg av å være universelle, og det er minimalt med muligheter for å få inn kommunespesifikke tiltak/tilbud. Avtalene skal i stor grad være lik for samtlige kommuner uavhengig av størrelse og behov."* Det kommer også godt fram av de kommentarene som er gitt, at kommunene generelt mener at arbeidet med avtalene har vært preget av hastverk samtidig som det har tatt mye tid. Flere påpeker at de sett i forhold til tidsbruken har oppnådd lite for egen kommunes del. Det er videre mange som medgir at det har vært spesielt krevende å forhandle fram avtalen om utskrivningsklare pasienter. Uenighetene har her i hovedsak dreid seg om tidsrammer for når helseforetakene kan melde fra til kommunene om utskrivningsklare pasienter.

Tabell 5: I hvilken grad oppfatter dere at det har vært reelle forhandlinger om innholdet i avtalene?

	Antall	%
I stor grad	18	21
I noen grad	52	61
I liten grad	14	16
I svært liten grad	2	2
Totalt	85	100

Tabell 6 viser at majoriteten blant kommunene oppgir å ha hatt kostnader for å forberede inngåelsen av avtalene i løpet av 2010, 2011 og fram til juni i 2012. Blant de kommunene som oppgir at de ikke har hatt noen kostnader, er halvparten kommuner med under 3 000 innbyggere. De øvrige av dem, er også små kommuner med hensyn til folketall men har noe mer enn 3 000 innbyggere. De fleste (13 av 15) oppgir at de har samarbeidet med andre kommuner om avtalene. Det at de ikke oppgir å ha hatt noen kostnader kan tyde på at det er andre kommuner som har hatt ansvaret for å føre forhandlingene.

Tabell 6: Har din kommune i løpet av 2010, 2011 og hittil i 2012 hatt kostnader for å forberede inngåelsen av disse avtalene?

	Antall	%
Ja	71	83
Nei	15	17
Totalt	86	100

Kommunene er bedt om å oppgi anslag for kostnadene i 2010, 2011 og hittil i 2012 som bokførte utgifter (for eksempel til kjøp av konsulenttenester) og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Dette ut fra tanken om at de enten bare har bokførte utgifter, bare har medgått intern arbeidstid, eller at de har begge typer. Tabell 7 gir en oversikt over disse kostnadene samlet sett i utvalget. Den interne arbeidstiden er regnet om til arbeidskraftkostnad. Siden datainnsamlingen ble gjennomført like før fristen for de siste avtalene, kan det derfor hende at ikke alle kostnader som kommunene vil forbinde med inngåelse av avtalene, er kommet med her. Tabellen viser at de samlede kostnadene økte fra 2010 til 2011. Beløpet for 2012 må ses i sammenheng med at dette er kostnader som var påløpt fram til undersøkelsestidspunktet og således gjelder for

ca 4-5 måneder. En kommune hadde såpass avvikende (dvs. høye) tall sammenliknet med de andre, at vi valgte å holde kommunen utenfor analysen av disse kostnadene.

Tabell 7: Oppsummerte kostnader ved lovpålagte avtaler. 2010, 2011 og hittil i 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 4 250	Kr 687 500	Kr 3 609 900	66 %
2011	Kr 4 250	Kr 518 750	Kr 7 045 230	74 %
2012	Kr 2 295	Kr 670 320	Kr 5 841 930	70 %

Tabell 8 viser at det både i 2011 og 2012 var en signifikant samvariasjon mellom kostnader og folketall, og at den ble sterkere i 2012 sammenliknet med 2011. Kostnadene knyttet til avtalene øker med andre ord med økt folketall. Dette har trolig sammenheng med at det er flere aspekter som skal tas hensyn til, og et større apparat som må mobiliseres for å få på plass avtaleverket i store kommuner sammenliknet med de små. De store kommunene har i større grad enn de små har hatt ansvar for koordinering og framforhandling av avtaler på vegne av flere kommuner.

Tabell 8: Analyse av samvariasjon mellom kostnader ved lovpålagte avtaler og folketall. 2010, 2011 og 2012.

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2010	Nei	0,064	0,561
2011	Ja	0,232	0,034
2012	Ja	0,422	< 0,001

Mange kommuner har skrevet kommentarer om at disse kostnadene er vanskelig å anslå. Når det gjelder kostnadsanslagene, er det flere som opplyser at de har lagt inn en del av kostnadene knyttet til samhandlingskoordinatorer her og at kostnadene ellers typisk dreier seg om: *"å sette seg inn i reformen, lovene, forskriftene og avtale med helseforetaket både for helse- og sosialsjef og virksomhetslederne. Deltatt på kurs, høringskonferanser både intern og eksternt. Orientert politikere, fagforeninger, ansatte. Avgitt hørings-uttalelser."* En annen skriver følgende i sin kommentar om kostnader som ikke tallfestes og heller ikke er etterspurt: *"I tillegg har vi internt hatt fokus på å skape forståing både politisk og administrativ på samhandlingsreforma som kommunereform. Ei reform som alle sektorar og fagmiljø må ta inn over seg og forholde seg aktivt til. Dette perspektivet på reforma er stort sett fråverande i det statlege arbeidet som til no er gjennomført. Det er også fråverande i dei fleste kartleggjingane/spørjeundersøkingane som er gjennomførte for å finne ut korleis kommunane forhold seg til reforma."*

Flere av de åtte kommunene som ble dybdeintervjuet, forteller at prosessen med å inngå avtaler ble mye mer tidkrevende enn de hadde forestilt seg. Mange detaljer skulle på plass, samtidig som fristene var knappe. De knappe fristene har gjort at en i noen av kommunene, som for eksempel Levanger og Ørland, ikke har gjennomført prosessen med så bred involvering fra de forskjellige faggruppene som de i utgangspunktet hadde ønska seg.

Samtidig er det andre kommuner, slik som Kongsberg, der de som deltok i intervjuet gir uttrykk for at de har fått til den involveringa de hadde tenkt.

Et arbeidsutvalg har gjerne stått for forhandlingene, og de kommunene som har hatt en representant i et arbeidsutvalg, har naturlig nok lagt ned mer tid i avtaleinngåelsen enn de kommunene som ikke har vært så direkte med i forhandlingene. Samtidig har de fleste av kommunene satt av ressurser, enten ved å opprette eller ved å omdefinere ei stilling, til en "samhandlingskoordinator" – en person i kommunen som har hatt ansvaret for å holde overblikket over hvilke avtaler som blir inngått og sørge for at innholdet og de endringene dette betyr, blir formidla til den øvrige organisasjonen.

For alle disse kommunene gjelder det at de har inngått avtale med helseforetaket i samarbeid med andre kommuner. Dette oppleves jevnt over som en styrke, selv om flere også påpeker at det selvsagt betød at alle kommunene måtte gi avkall på noen ønsker om lokale tilpasninger. Informantene i Alta kommune er blant de mest kritiske her. Alta er en kommune der en var kommet langt i arbeidet med å legge til rette helsetjenestene i tråd med ideene i Samhandlingsreformen lenge før reformen ble vedtatt. Kommunen er også forholdsvis stor, og omgitt av flere mindre kommuner. En av informantene beskriver prosessen rundt avtaleinngåelsen som "en selsom opplevelse". De opplevde det ikke som at de ble regna som en likeverdig part av Helse Finnmark, men at det var vanskelig å få til møter og vanskelig å få til lokale tilpasninger. Det forelå tjenesteavtaler fra sentralt hold som de ikke fikk lov å endre på, og dette opplevdes som helt meningsløst. Det at de fikk inn noen setninger knyttet til det kommunen hadde av egne behov, ble langt fra oppfattet som tilstrekkelig for kommunen, som oppgir å ha brukt minst 50 dagsverk på prosessen. Arbeidsmengden oppfattes ikke å stå i forhold til det kommunen oppnådde av resultater for egen del. Et kjernepunkt i forhandlingene har vært finansieringen av sykestua, og det kom på plass for perioden fram til 2015, på overtid. Selv om flere av de kommunene vi intervjuet i utgangspunktet hadde større forventninger til hvilken innflytelse de skulle få på innholdet i avtalen, er det ingen som gir like sterkt og utvetydig uttrykk for misnøye som informantene i Alta.

Flere av de andre kommunene melder som nevnt at mye tid i prosessen har gått ut på å definere gode ordninger for de utskrivningsklare pasientene. Dette dreier seg om hvordan melding om utskrivning skal gis kommunene og til hvilket tidspunkt slik melding kan gis og, ikke minst, ikke gis. For det første dreier dette seg om kostnader, som for kommunenes vedkommende begynner å løpe basert på det tidspunkt de sier at de ikke kan ta imot en pasient som er meldt utskrivningsklar. For det andre dreier det seg om at mange av kommunene ikke på ethvert tidspunkt har personell klart for enhver type pasient, men kanskje må innkalle ekstra personell og rigge om på vaktsystem for å kunne ta imot pasienten.

All travelheten omkring avtaleutformingen kan synes å stå i kontrast til responsen på påstanden om at "Min kommune har kommet tidlig i gang med å forberede gjennomføringen av Samhandlingsreformen" (se tabell 58). Denne påstanden sa 80 % av kommunene seg enig i. Resultatet harmonerer likevel godt med det intervjuene forteller. Kommunene var forberedte, men hadde ikke tatt høyde for hvor tidkrevende og hastige avtaleprosessene faktisk ville bli. I tolkningen av påstanden er det også sannsynlig at

svargiverne vel så gjerne har hatt andre forberedelser i tankene, slik som kompetanseheving, utvikling av helsetilbud og eventuell nybygging.

Politikerne har vært lite involverte i avtaleprosessene, ut over det å bli holdt orientert og få seg forelagt avtalene til vedtak. Avtaleutforminga har for en stor del blitt oppfattet som et administrativt anliggende. Det betyr ikke at det ikke har vært politisk interesse for hva reformen vil bety for kommunen. Flere forteller om politisk behandling, og ikke minst politiske forventninger, i forkant av avtaleprosessene. Etter hvert som prosessen skred fram og det finansielle grunnlaget for den enkelte kommune ble klart, synes dette å ha ført til en betydelig nedjustering av forventningene. Kommunene, både administrasjon og politikere, synes å oppfatte det politiske handlingsrommet som relativt trangt innenfor dagens finansieringssystem.

3.2 *Medfinansiering av somatiske spesialisthelsetjenester*

I denne undersøkelsen har vi hatt hovedfokus på kommunenes administrative kostnader forbundet med endringen som har gitt dem medfinansieringsansvar for somatiske spesialisthelsetjenester. Vi har spurt om de i løpet av 2010 og/eller 2011 har hatt kostnader for å forberede denne medfinansieringen. Som det framgår av tabell 9, oppgir om lag en av tre kommuner at de har hatt slike kostnader.

Tabell 9: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader for å forberede medfinansieringen av spesialisthelsetjenester?

	Antall	%
Ja	26	30
Nei	60	70
Totalt	86	100

Tabell 10 viser at en av tre kommuner oppgir at de har behov for å sette inn ekstra ressurser i 2012 for å administrere medfinansieringen av spesialisthelsetjenester. Mange mener at de ikke har behov for å sette inn ekstra ressurser, mens andre er usikre.

Tabell 10: Vil din kommune ha behov for å sette inn ekstra ressurser for å administrere medfinansieringen av spesialisthelsetjenester i 2012?

	Antall	%
Ja	28	33
Nei	44	51
Vet ikke	14	16
Totalt	85	100

De som har hatt kostnader i 2010 og/eller 2011, er bedt om å anslå disse som bokførte utgifter og/eller medgått intern arbeidstid. Tabell 11 gir en oversikt over kommunenes kostnader i 2010 og 2011. De fleste har oppgitt kostnadene som medgått arbeidstid. Dette resultatet kan tolkes som at de oppgir tid som har gått med til å sette seg inn i ordningen og forberede administrative rutiner rundt den. Det er noen få kommuner som har oppgitt ganske høye bokførte kostnader og også et relativt høyt antall interne arbeidstimer. Dette er kommuner som har bygget opp tjenester som skal erstatte spesialisthelsetjenester. Vi antar

at de har plassert en del av kostnadene forbundet med dette i denne kategorien ut fra tanken om at utbyggingen av denne typen tjenester er investeringer som skal redusere behovet for direkte medfinansiering i årene framover. Dersom vi bare hadde tatt med kostnader knyttet til intern arbeidstid, ville kostnadene beløpt seg til i underkant av 1,9 mill. kroner i 2010 og drøye 2,5 mill. kroner i 2011. Det kom ikke fram opplysninger i intervjuene som tyder på at det administrative arbeidet knyttet til medfinansiering av spesialisthelsetjenestene i seg selv har vært en særskilt arbeidskrevende del av forberedelsene eller gjennomføringen av reformen, og slik sett synes intervjuene å underbygge denne tolkningen av svarene i surveyen.

Tabell 11: Oppsummerte kostnader for forberedelser til medfinansiering. 2010 og 2011. Anslag for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 4 250	Kr 5 850 000	Kr 7 714 500	24 %
2011	Kr 8 820	Kr 6 302 500	Kr 9 435 905	27 %
2012	Kr 46 425	Kr 870 480	Kr 7 464 830	100 %

De kommunene som svarer at de har behov for å sette inn ekstra ressurser i 2012, er bedt om å anslå den ekstra arbeidsinnsatsen det er behov for målt i stillingsprosent. Samlet sett har kommunene oppgitt behov for 12,9 årsverk. Tabell 11 oppsummerer det anslåtte arbeidskraftbehovet omregnet i arbeidskraftkostnader for 2012. I gjennomsnitt oppgir kommunene behov for 45 % av en stilling til dette arbeidet. Variasjonen i behov er imidlertid stort (mellom 8 % og 150 %), og den kan ikke forklares med ulikheter i folketall. Det kan dermed synes som om det også på dette punktet er ulikheter i hva kommunene regner inn i sitt behov. Av noen kommentarer framgår det at behovet er knyttet til systembygging og oppfølging av regninger fra helseforetakene. Det påpekes at det har vært en del feil i starten ved disse. Andre framholder at de har mer behov for ressurser til analyse av data fra spesialisthelsetjenesten enn til administrasjon på dette området. Andre igjen ser behovet, men har ikke satt inn ekstra ressurser slik denne kommentaren illustrerer: "*Reelt blir det ikkje sett av ressursar til dette, pga stram økonomi. Nytt eksempel på at KS og andre ikkje har meldt tydeleg nok kva følgjekostnader som følger av SHR.*"

Tabell 12 viser at det ikke er noen statistisk signifikant samvariasjon mellom kostnadene ved forberedelser til medfinansiering og folketallet i kommunene.

Tabell 12: Analyse av samvariasjon mellom kostnader og folketall. 2010, 2011 og 2012.

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2010	Nei	0,050	0,648
2011	Nei	0,056	0,614
2012	Nei	0,184	0,092

Helsedirektoratet har regnet seg fram til at kommunal medfinansiering av spesialisttjenesten reelt sett kostet kommunene 1,768 mrd. kroner 1. tertial 2012²². KS skriver på sine nettsider

²² <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kommunal-medfinansiering-1-tertial-2012.aspx>

at det forventede forbruket som ligger til grunn for de økonomiske overføringene til kommunene tilsier et forbruk i 1. tertial på 1,675 mrd. kroner. Det vil si at det faktiske forbruket er 93 mill. kroner høyere enn forventet. KS skriver videre at dersom utviklingen fortsetter på samme måte ut året, vil kommunenes medfinansieringsansvar utgjøre 5,231 mrd kroner i 2012. Dette er i så fall 224 mill. kroner mer enn det kommunene er kompensert for i 2012²³.

3.3 *Utskrivningsklare pasienter*

Kommunene er spurt om de i 2010 og/eller 2011 har hatt kostnader for å forberede endringen av ansvar for utskrivningsklare pasienter. Tabell 13 viser at over halvparten av kommunene har svart ja på dette spørsmålet.

Tabell 13: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader for å forberede endringen av ansvar for kommunens utskrivningsklare pasienter?

	Antall	%
Ja	50	58
Nei	36	42
Totalt	86	100

Kommunene er videre spurt om de har behov for å sette inn ekstra arbeidsinnsats for å administrere håndteringen av utskrivningsklare pasienter i 2012. Nær to av tre kommuner bekrefter dette (se tabell 14).

Tabell 14: Vil din kommune ha behov for å sette inn ekstra arbeidsinnsats for å administrere håndteringen av utskrivningsklare pasienter i 2012?

	Antall	%
Ja	54	63
Nei	26	30
Vet ikke	6	7
Totalt	85	100

De som har hatt kostnader i 2010 og/eller i 2011, er bedt om å anslå disse som bokførte utgifter og/eller medgått intern arbeidstid. Tabell 15 viser at brorparten av utgiftene som oppgis, er bokførte utgifter til drift eller investeringer som kan tyde på at kommunene har bygget opp kapasitet rettet mot disse pasientene. Kostnadene er mer enn tredoblet fra 2010 til 2011. De kommunene som svarer at de i 2012 har behov for å sette inn ekstra ressurser, er bedt om å anslå den ekstra arbeidsinnsatsen det er behov for målt i stillingsprosent. Kommunene har samlet sett oppgitt et behov på 34 årsverk for å administrere håndteringen av de utskrivningsklare pasientene. Tabell 15 oppsummerer disse anslåtte kostnadene omregnet i arbeidskraftkostnad. Kommunene oppgir i gjennomsnitt et behov på 40 % av en stilling. Variasjonen mellom kommunene er imidlertid stor (mellom 0 og 3 hele stillinger).

²³ <http://www.ks.no/Portaler/Samhandlingsreformen/Aktuelt/Kommunal-medfinansiering-kan-bli-dyrere-enn-forutsatt/>

Tabell 15: Oppsummerte kostnader for å forberede endringen av ansvar for kommunens utskrivningsklare pasienter. 2010 og 2011.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 8 500	Kr 5 042 500	Kr 9 955 225	19 %
2011	Kr 8 820	Kr 20 132 300	Kr 34 704 070	23 %
2012	Kr 11 606	Kr 1 740 960	Kr 19 759 896	100 %

Man vil forvente at kostnadene til administrasjon av utskrivningsklare pasienter øker med økt folketall. Tabell 16 viser imidlertid at det for 2010 og 2011 ikke er noen statistisk signifikant samvariasjon mellom denne typen kostnader samlet sett og folketallet i kommunen. Det er imidlertid signifikant samvariasjon i 2012. Dette har trolig sammenheng med at anslagene for kostnader i 2012 er mer spesifikt knyttet til faktisk administrasjon rundt utskrivningsklare pasienter enn det som er tilfelle for tallene for 2010 og 2011, hvor det trolig er mer tilfeldig hvilke kostnader som er regnet inn.

Tabell 16: Analyse av samvariasjon mellom kostnader og folketall. 2010 og 2011.

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2010	Nei	0,039	0,722
2011	Nei	0,002	0,983
2012	Ja	0,372	< 0,001

Kommunene er også bedt om å oppgi hvor store kostnader de har pådratt seg for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter i løpet av 1.kvartal i henholdsvis 2012 og 2011. For 2012 oppga 47 % av kommunene at de hadde hatt kostnader som totalt beløp seg til om lag 14,5 millioner kroner (se tabell 17). Flere av de som ikke har oppgitt kostnader, har kommentert at de foreløpig ikke hadde mottatt regning fra helseforetaket. En av kommunene som ikke hadde pådratt seg kostnader, hadde skrevet en kommentar som tyder på at kommunen prioriterer å unngå denne typen kostnader, men at det har sine konsekvenser: *"Prioritering av utskrivningsklare "fortrenger" korttidsopphold og avlastingsopphold. Tøffare utskrivningspraksis forsterkar dette ytterlegare. Vi sliter."*

Det var bare 14 % av kommunene som oppga at de hadde pådratt seg kostnader ved utskrivningsklare pasienter i 1. kvartal i 2011. Flere stilte seg uforstående til spørsmålet, mens andre kommenterte at de etter avtale med helseforetaket ikke var blitt belastet for slike kostnader tidligere år.

Tabell 17: Kostnader påløpt for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter. 1. kvartal i 2011 og 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad
2011	Kr 3 000	Kr 700 000	Kr 1 494 250
2012	Kr 4 000	Kr 7 800 000	Kr 14 486 176

Det er ikke overraskende at kostnadene påløpt for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter øker med økt folketall, slik tabell 18 viser. Dette er en skalaeffekt – jo flere folk, desto flere utskrivningsklare pasienter.

Tabell 18: Analyse av samvariasjon mellom kostnader til fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter og folketall. 2011 og 2012.

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2011	Ja	0,368	< 0,001
2012	Ja	0,884	< 0,001

Kommunene har i alle år hatt ansvar for å overta utskrivningsklare pasienter. Samhandlingsreformen tydeliggjør dette ansvaret ved å pålegge kommunen kostnader fra den dagen pasienten meldes utskrivningsklar. Dette har ført med seg endringer i administrative rutiner, slik som oppfølging av avtaler med Helseforetakene. Samtidig har det ført med seg behov for en viss omstrukturering og oppgradering av pleietilbudet i kommunen. I større eller mindre grad er trolig mange av disse faktorene regnet med når kommunene har oppgitt hvilke utgifter de har hatt og venter å få i forbindelse med administrering av de utskrivningsklare pasientene.

Informasjon fra de kvalitative intervjuene viser at de utskrivningsklare pasientene har ført til kostnader for kommunene på flere måter. For det første har alle de 8 case-kommunene erfart at pasientene som blir skrevet ut nå, jevnt over er sykere og har større pleiebehov enn pasientene hadde før. Dette mener man er en utvikling som har foregått over noe tid; sykehusene har "varmet opp" til Samhandlingsreformen, som en av informantene uttrykker det. Utviklinga er blitt mer tydelig etter at reformen trådte i kraft. Kommunene har gjort klar sengeplasser med bedre utrustning enn tidligere, og de har satt personalet bedre i stand til å ta seg av pasientene, gjennom kompetanseheving. I de kommunene som var godt rustet for Samhandlingsreformen allerede før den ble vedtatt, som for eksempel Alta og Ørland, har det i svært liten grad vært nødvendig med ekstra tilpasninger da reformen ble iverksatt. For andre kommuner, slik som i Nesodden, har reformen motivert utbygging av sengeplasser med sykehusstandard. Kompetansehevinga har for eksempel dreid seg om utdanning av kreftsykepleiere, opplæring i dialyse og andre sykepleiefaglige tjenester som det ikke har vært vanlig å gi et tilbud om i kommunen tidligere.

Den andre typen av kostnader, som alle kommunene melder om, kommer av den tidsbruken som går med til å følge opp avtalene og kommunikasjonen med sykehusene. På dette området melder alle kommunene vi intervjuet at det har gått med mer ressurser enn de hadde forutsatt. "Jeg tror vi var bedre forberedt enn sykehuset" sier en av de som deltok i intervjuet i Trondheim kommune. Kommunene har for eksempel erfart at sykehuset har skrevet ut pasienter etter det tidspunkt på dagen da en ifølge avtalen mellom kommunen og

helseforetaket hadde satt grensen for når pasienter kunne skrives ut. Uansett om diskusjonen mellom kommunen og sykehuset konkluderer med utskriving eller ikke i slike tilfeller, går det med tid til avklaring av hva utfallet skal bli, og dette dreier seg om arbeidstid som kommunen ikke har tatt høyde for. Så godt som alle kommunene melder også om arbeidstid som går med til å forberede mottak av pasienter som er meldt utskrivningsklare, og som det siden kommer endringsmelding på, fordi pasienten blir dårligere. Selv om dette ikke er en ny erfaring for kommunene ettersom slike endringer alltid har forekommet, kan en anta at det skjer oftere nå enn før hvis det er slik at pasientene generelt er dårligere nå enn tidligere når de skrives ut. Med sykere pasienter vil marginene for forverring som krever fortsatt sykehusinnleggelse være mindre. Dette fører til økt saksbehandlingsmengde i tildelingsteamet. En må saksbehandle når den første meldinga kommer, og så må en begynne på nytt når pasienten faktisk er utskrivningsklar. Slik sett får kommunene trolig en del mer bortkastet arbeidstid nå enn tidligere. Forberedelsene kan gå ut på å kalle inn ekstra personell, for eksempel dersom det er en pasient som trenger mye observasjon eller har behov for annen spesiell tilrettelegging. Noen kommuner har også erfart, eller kjenner til andre som har erfart, at sykehuset har sendt pasienter hjem selv om kommunen ikke har sagt at den er klar til å ta imot pasienten – altså selv om kommunen bevisst har valgt å la pasienten være på sykehuset og betale for ekstra liggedøgn.

Andre kommuner har erfart at sykehuset fakturerer feil beløp for pasienter som blir på sykehuset etter at de er meldt utskrivningsklare. Det skjer dersom ikke sykehusets system blir oppdatert om endringsmeldinger, og ”taksometeret løper” fra første utskrivningsmelding. Kommunene følger etter det de forteller nøyte med på dette, men det krever en del mer tid å holde slik oversikt for hver enkelt pasient.

En annen erfaring som de fleste av kommunene vi intervjuet hadde gjort, var at sykehusene ofte vurderer pasientene annerledes enn kommunen gjør, med hensyn til hva de skrives ut til. Det hender sykehuset skriver ut til sykehjemsopphold, men at kommunen vurderer pasienten dit hen at vedkommende godt kan være hjemme, med pleie og oppfølging fra hjemmetjenesten. Også dette innebærer kostnader til forberedelser, som det viser seg ikke å være bruk for. Det samme gjelder i de tilfellene der sykehuset skriver ut til sykehjem, men der kommunen vurderer det slik at opphold på korttidsavdelingen er det rette. Dette er neppe et nytt fenomen, men det kan være at utskriving av sykere pasienter nå enn før, kombinert med at sykehusene ikke har god nok informasjon om tilbudet i den enkelte kommune har medført flere feilvurderinger fra sykehusets side de siste par årene.

Andre ting som kommunene opplever som tidsbruk som kunne vært unngått, er pasienter som blir skrevet ut med dårlig informasjon om tilstand og behov for oppfølging, eller at epikrisen helt mangler, samt at de heller ikke har fått med seg de nødvendige reseptene. Dette er ting som det kan ta ei hel kveldsvakt å rydde opp i, og i kommunene forklares det i stor grad med at system for elektronisk samhandling mangler. Fraværet av elektronisk samhandling gjør at alle registreringer må gjøres manuelt og fortløpende, noe som krever en kontinuerlig oppmerksomhet om dette gjennom hele vakta og ikke som en oppgave som kan ”samles opp” til for eksempel slutten av vakta. Det synes som om dette problemet er større nå enn det var før, fordi sykehusene etter de aller fleste informantenes oppfatning har ”fått det mer travelt” med å skrive ut pasienter.

Kommunene ser i betydelig grad disse utfordringene som innkjøringsproblemer ved reformen, og botemidlene de mener vil redusere arbeidsmengden knyttet til selve utskrivningen er flere. For det første bedre kommunikasjon mellom sykehus og kommuner – herunder den elektroniske samhandlingen. Videre mener de det må til bedre kommunikasjon og opplæring internt i sykehuset, om hvordan avtalene skal fungere. Mange pasienter har sammensatte lidelser og er innom flere sykehusavdelinger. Blant våre informanter er det flere som forklarer de problemene de har hatt når det gjelder utskrivningsklare pasienter med stor turnover blant sykehuspersonell og ufullstendig kommunikasjon mellom avdelingene på sykehuset.

Flere peker også på at det kan se ut til at ansatte på sykehusene kjenner for lite til hvordan kommunene arbeider og hva kommunene faktisk kan – og ikke kan. De tar til orde for at hospitering kan være en måte å øke kunnskapen om hverandres organisasjon og arbeidsmåter. Det er med andre ord ikke først og fremst et mer detaljert avtaleverk de ser som løsningen på de problemene og ekstra kostnadene de har opplevd.

Kommunene ser også at kombinasjonen av den økte vektlegginga av ansvaret for de utskrivningsklare pasientene som kommunene har fått gjennom Samhandlingsreformen, og det at pasientene nå er sykere når de kommer, nå enn de var tidligere, skaper et større press på pleie- og omsorgstjenestene generelt i kommunen. Dette synes å være mest merkbart i de kommunene som hadde gjort få nye grep for å møte reformen, og der en hadde reservert eksisterende senger på sykehjem til å ta imot utskrivningsklare pasienter, heller enn å etablere et helt nytt tilbud. En opplever her at "Det buler, apparatet", på den måten at sykere, og kanskje flere, nyutskrevne pasienter i de reserverte sykehjemsengene skaper en kjedereaksjon, ved at de øvrige sykehjemsbeboerne jevnt over er mer pleietrengende enn før, og at dermed også presset i hjemmetjenesten øker. Dette fordi en del som ellers ville fått sykehjems plass, nå blir boende lenger i omsorgsbolig eller hjemme. Her er det nok rimelig å anta at kostnadene ved å administrere utskrivningsklare pasienter og kostnader forbundet med faglig utvikling og oppdatering glir over i hverandre, og at svargiverne ikke har skilt strengt mellom disse i de tallene som er oppgitt i surveyen.

De kommunene som ikke hadde gjennomført større utbygginger av pleie- og omsorgstjenesten i forkant av reformen, eller var i gang med slike prosjekter, ser nå behovet for dette. Kompetanseheving vil helt klart være en del av denne satsinga.

3.4 *Alternativ til sykehustjenester*

3.4.1 Erstatning for innleggelse i sykehus

Kommunene er spurt om de i dag i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gir tilbud som erstatter sykehusinnleggelse. Dette er for eksempel tilfelle i kommuner lengst nord i landet som har sykestueplasser og i kommuner som har såkalte intermediære sengeplasser. Tabell 19 viser at dette er tilbud som er etablert i et mindretall av kommunene. De fleste som gir slikt tilbud, gjør det gjennom et interkommunalt samarbeid.

Tabell 19: Finnes det i dag et tilbud i din kommune som erstatter sykehusinnleggelser?

	Antall	%
Ja, kommunen samarbeider alene med spesialisthelsetjenesten om tilbudet	9	11
Ja, vi inngår i et interkommunalt samarbeid spesialisthelsetjenesten om tilbudet	15	17
Nei	62	72
Totalt	86	100

De kommunene som oppgir at de i dag har tilbud som erstatter sykehusinnleggelser, ble bedt om å anslå kommunenes netto kostnader knyttet til dette tilbudet i 2010 og 2011. Blant de 24 kommunene som oppgir å ha et slikt tilbud, er det bare 10 som har oppgitt noen kostnader forbundet med dette. Tabell 20 viser at de samlede oppgitte kostnadene i 2010 beløp seg til drøyt 54 mill. kroner, mens de i 2011 beløp seg til nær 58 mill. kroner. Som det framgår av tabellen, var det begge år én stor kommune som sto for brorparten av disse kostnadene – 78 % i 2010 og 77 % i 2011. Blant de øvrige kommunene ble det både for 2010 og 2011 oppgitt kostnader i spennet mellom 100 000 kroner og 5 mill. kroner.

Tabell 20: Kostnader ved tilbud som erstatter sykehusinnleggelser i 2010 og 2011.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad
2010	Kr 100 000	Kr 42 660 000	Kr 54 385 000
2011	Kr 100 000	Kr 44 156 000	Kr 57 637 979

De 62 kommunene som svarte nei på spørsmålet om de i dag gir tilbud som erstatter sykehusinnleggelser, ble spurt om de, enten alene eller i interkommunalt samarbeid, planlegger å etablere tilbud som erstatter innleggelse i sykehus utover heldøgntilbud for øyeblikkelig hjelp (som kommunene vil få ansvar for fra 2016). Tabell 21 viser at flertallet av de som i dag ikke har et slikt tilbud, planlegger å etablere det og da i hovedsak gjennom interkommunalt samarbeid.

Tabell 21: Planlegger din kommune enten alene eller i interkommunalt samarbeid å etablere tilbud som erstatter innleggelse i sykehus utover heldøgntilbud for øyeblikkelig hjelp (som kommunene vil få ansvar for fra 2016)?

	Antall	%
Ja, kommunen alene	6	10
Ja, interkommunalt samarbeid	42	68
Nei	14	22
Totalt	62	100

De kommunene som har oppgitt at de planlegger å etablere tilbud som erstatter sykehusinnleggelser utover heldøgntilbud for øyeblikkelig hjelp, er bedt om å anslå kostnader forbundet med dette i 2010 og 2011 som bokførte utgifter eller medgått intern arbeidstid. Tabell 22 viser en oppsummering av disse kostnadene som kan karakteriseres som relativt beskjedne. Kommentarer fra kommunene tyder på at mye av dette arbeidet skjer på prosjektbasis med utgangspunkt i prosjektmidler fra HOD. Det er grunn til å anta at det vil komme mer kostnader for kommunene når tilbudet kommer i drift og

prosjektmidlene er brukt opp. Det planlegges lokalmedisinske senter og intermedieære sengeplasser i samarbeid med helseforetak.

Tabell 22: Oppsummerte kostnader for å etablere tilbud som erstatte innleggelse i sykehus utover heldøgnsstilbud for øyeblikkelig hjelp. 2010 og 2011.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 21 250	Kr 912 500	Kr 2 807 875	48 %
2011	Kr 4 420	Kr 1 952 500	Kr 5 787 173	57 %

Kommunene er videre spurt om de i 2010 og/eller 2011 har hatt kostnader knyttet til etablering/drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid) utover det som dekkes av de foregående spørsmål om tilbud som erstatter sykehusinnleggelser. Tabell 23 viser at et mindretall blant kommunene svarer bekreftende på dette.

Tabell 23: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til etablering/drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid) utover det som dekkes av de foregående spørsmål om tilbud som erstatter sykehusinnleggelser?

	Antall	%
Ja, kommunen alene	5	6
Ja, interkommunalt samarbeid	10	11
Nei	71	83
Totalt	86	100

De kommunene som har hatt slike kostnader i 2010 og/eller 2011 er bedt om å anslå disse. Tabell 24 viser også her at det totalt sett er snakk om beskjedne kostnader.

Tabell 24: Oppsummerte kostnader knyttet til etablering/drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid) utover det som dekkes av de foregående spørsmål om tilbud som erstatter sykehusinnleggelser. 2010 og 2011. Anslag for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 4 250	Kr 485 000	Kr 617 764	35 %
2011	Kr 13 230	Kr 524 610	Kr 1 646 840	33 %
2012	Kr 20 000	Kr 3 500 000	Kr 15 660 100	-

Kommunene er videre spurt om de i 2012 vil ha behov for å bruke av egne kommunale ressurser for å etablere et heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp. Tabell 25 viser at noe over halvparten av kommunene regner med at de vil ha slike kostnader i 2012. De fleste av disse vil ha kostnader knyttet til et interkommunalt samarbeid. Kommunene som bekrefter at de har denne typen kostnader i 2012, er bedt om å anslå disse (se tabell 24). Beløpene for den enkelte kommune varierer mellom 20 000 og 3,5 mill. kroner. Kommentarene fra kommunene tyder på at det er stor usikkerhet ved anslagene. Kostnadene reflekterer i slike

tilfeller intern planlegging. I andre tilfeller er det allerede et tilbud i drift i form av sykestueplasser eller intermediære sengeplasser.

Tabell 25: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til etablering/drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid) utover det som dekkes av de foregående spørsmål om tilbud som erstatter sykehusinnleggelser?

	Antall	%
Ja, kommunen alene	15	17
Ja, interkommunalt samarbeid	30	35
Nei	23	27
Vet ikke	18	21
Totalt	86	100

3.4.2 Erstatning av polikliniske tilbud

Kommunene er også spurt om de i 2010 og/eller 2011 har hatt kostnader knyttet til tilbud som er etablert for å erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester. Tabell 26 viser at det også her bare er et mindretall blant kommunene som opplyser at de har hatt slike kostnader.

Tabell 26: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til etablering/drift av kommunale behandlings-/oppfølgingstilbud som skal erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester (eksempelvis diagnosespesifikke for diabetes, KOLS, kreft, demens eller liknende, eller tverrfaglige tjenester)?

	Antall	%
Ja, kommunen alene	13	15
Ja, i interkommunalt samarbeid	9	11
Nei	64	74
Totalt	85	100

De kommunene som har slikt tilbud, er bedt om kort å beskrive hvilke typer behandlings-/oppfølgingstilbud dette er. Det dreier seg i hovedsak om tilbud til pasienter med KOLS, kreft, diabetes og demens, samt palliativ/lindrende pleie. Beskrivelsene tyder ikke på at det foreløpig er bygget opp tverrfaglige team/tilbud. Kommunene er videre bedt om å anslå kostnader forbundet med disse tilbudene i henholdsvis 2010 og 2011. Tabell 27 oppsummerer disse.

Tabell 27: Oppsummerte kostnader knyttet til etablering/drift av kommunale behandlings-/oppfølgingstilbud som skal erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester. 2010 og 2011.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 10 000	Kr 1 648 750	Kr 5 264 125	47 %
2011	Kr 30 000	Kr 1 686 350	Kr 7 525 265	45 %

3.4.3 Kvalitative funn om alternativ til sykehustjenester

Det kvalitative datamaterialet viser at det er store ulikheter mellom de åtte kommunene vi intervjuet, når det gjelder hvor langt de er kommet og hvilke grep de har gjort for å etablere kommunale tilbud som alternativ til sykehustjenester. De bekrefter slik sett godt den variasjonen surveyen viser. For noen kommuner, som for eksempel Alta og Ørland, startet dette arbeidet lenge før Samhandlingsreformen, som en respons på opplevde behov i kommunen heller enn på bakgrunn av forventninger om statlige reformgrep. I Alta ble helsesenteret bygd ut rundt år 2000, med spesialistpoliklinikk og psykiatrienheter. Omtrent samtidig kom det private Opptreningscenteret. I 2005-2006 ble det nedsatt ei prosjektgruppe for å arbeide med videreutvikling av helsetjenestene i kommunen. I 2009 etablerte fire privatpraktiserende spesialister seg etter avtaler med Helse Nord RHF, med egen praksis innenfor øre-nese-hals, som øyelege, gynekolog og indremedisiner. En del av sykehjemmet er omgjort til rehabilitering, med fysioterapeut og ergoterapeut. Kommunen har også de siste 20 år hatt et diabetesteam.

Diagnosespesifikke team har flere av kommunene hatt en tid, og det kan se ut til at satsinga først og fremst har skjedd de siste par årene, dels begrunnet av Samhandlingsreformen og dels av et ønske i kommunen om å utvikle sin kompetanse på slike felt. Demensteam og palliativt team synes å være det de satser på i første omgang, enten ved at slike team allerede er etablert, eller ved at de er planlagte i løpet av de nærmeste par årene. Nannestad er den eneste av de åtte kommunene som ikke har et diagnosespesifikt team eller en ordning som ligger tett opp til dette, men kommunen har utarbeidet en plan med forslag til tilbud til kronikergruppene, som er til vurdering. Ett spørsmål som skal vurderes i den forbindelse, er om kommunen skal etablere slike tilbud på egen hånd, eller om de skal utvikles i samarbeid med nabokommuner.

Også de kommunene som har ett eller flere diagnosespesifikke team, planlegger eller vurderer videre utvikling av slike team. Levanger, som i et par år har hatt demensteam og palliativt team i samarbeid med Verdal kommune, har nå sonderinger med nabokommuner om nye team. Et annet eksempel er Ørland, som har et ambulant team innenfor psykiatri og en diabetes-kontakt, og nå etablerer oppsøkende team innenfor rus, og dessuten har planer om et interkommunalt demensteam.

Flere av kommunene har også ansatt, eller er i ferd med å ansette spesialsykepleiere, spesielt kreftsykepleiere, som en del av sitt arbeid med å styrke tilbudet til pasienter med bestemte diagnoser. Som tidligere nevnt, er det også i flere av kommunene satset på videreutdanning av sykepleiere som allerede var ansatt i kommunen. Samlet sett kan det se ut til at planene for å etablere diagnosespesifikke team eller ordninger som mer eller mindre tilsvarer slike team, er mer omfattende enn de ordningene som de åtte kommunene til sammen har i dag på dette området. Det er tydelig at dette vil bli en større del av kostnadsbildet for de kommunale helsetjenestene i årene som kommer.

To av kommunene, Trondheim og Alta, har utviklet alternativ til sykehusinnleggelse i samarbeid med helseforetaket. I Alta finnes det sykestue som i flere år har vært drevet i samarbeid med helseforetaket, og Øya lokalmedisinske senter ble åpna i 2009, og har vært drevet i samarbeid med helseforetaket. Etter innføring av Samhandlingsreformen ønsker HF å trekke seg ut av disse samhandlingstiltakene, noe kommunene er svært misfornøyde med.

I Alta har en fått i stand en videreføring av finansieringa av sykestua fram til utgangen av 2015, mens en lignende løsning så langt ikke finnes for Trondheims vedkommende. Kommunene tolker dette som signaler om mindre samhandling enn før, og mener det skaper usikkerhet med hensyn til hvilke samarbeid en skal inngå i framtida. Særlig i Alta har diskusjonen om sykestua vært konfliktfylt, og den medførte at kommunens avtale med HF kom i stand etter fristen. Etter avtaleinngåelsen er det fremdeles ulike tolkninger av hvordan plassene ved sykestua skal klassifiseres. Helseforetaket fakturerer kommunen for pasienter som skrives ut til sykestua, mens kommunen er av den oppfatning at den ikke er på kommunalt nivå, men en spesialisttjeneste. Kommunen har derfor returnert fakturaen.

Vår undersøkelse omfatter ikke en kartlegging av samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak, og vi vet slik sett ikke hvilket omfang slike tiltak har. Eksempelene ovenfor viser likevel at det kan ligge uforutsette utgifter for kommuner som er med i slikt samarbeid, dersom de ikke har tatt høyde for at helseforetakene kan bestemme seg for å trekke seg ut og overlate den videre finansieringa til kommunene.

3.5 *Legetjenesten*

I St.meld. nr 47 (kap. 8) framholdes det at fastlegene er en viktig premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men at de i dag verken styrings- eller systemmessig er godt nok koblet på kommunenes og foretakenes ansvarsposisjoner. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene, pekes det i meldingen på at det er nødvendig å knytte fastlegene tettere til kommunen og den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Dagens avtaleverk legger imidlertid begrensninger på hvor mye av fastlegenes tidsressurser kommunene kan legge beslag på. Vi har i denne undersøkelsen vært interessert i å finne ut om det innenfor dagens system er rom for endringer med hensyn til å knytte fastlegene tettere til kommunen for eksempel ved at de bruker mer av sin arbeidstid på allmennt medisinske offentlige oppgaver. Kommunene er derfor spurt om de i 2011 fullt ut benyttet den kapasiteten til denne typen oppgaver som de i henhold til gjeldende avtaleverk kan hente hos sine fastleger. Som det framgår av tabell 28, svarte flertallet blant kommunene nei på dette spørsmålet. Det betyr med andre ord at det finnes muligheter innenfor dagens system for ønskede endringer.

Tabell 28: Brukte din kommune i 2011 fullt ut den kapasiteten som i henhold til gjeldende avtaleverk kan pålegges kommunens fastleger til allmennt medisinske offentlige oppgaver?

	Antall	%
Ja	40	47
Nei	46	53
Totalt	86	100

Det er imidlertid lite som tyder på at kommunene foreløpig har benyttet seg av denne kapasiteten. Tabell 29 viser at det bare er et lite mindretall blant kommunene som har reforhandlet avtaler med sine fastleger for å øke kapasiteten til allmennt medisinske offentlige oppgaver i 2012. I den grad slike reforhandlinger er gjennomført, er det ingen statistisk signifikant forskjell i omfang av slike forhandlinger mellom kommuner som oppgir at de har ledig kapasitet innenfor gjeldende avtaleverk og de som oppgir å ikke ha det.

Tabell 29: Har din kommune som følge av Samhandlingsreformen, reforhandlet avtaler med fastleger for å øke kapasitet til allmenntilleggs oppgaver i 2012?

	Antall	%
Ja	11	13
Nei	75	87
Totalt	86	100

De kommunene som oppgir at de har økt kapasiteten til allmenntilleggs oppgaver i 2012, ble bedt om å oppgi hvor mange timer det totalt er snakk om. I de 11 kommunene som hadde kapasitetsøkning, var den samlet sett på 7 407 timer (varierende mellom 150 og 1 750 timer). Arbeidskraftkostnaden for det totale timetallet er beregnet til **kroner 3 399 813**. Den økte kapasiteten går i hovedsak til å dekke tilsynslegefunksjonen ved sykehjem.

3.6 *Kompetanseheving*

Kommunene er spurt om de i 2010 og eller 2011 har hatt kostnader forbundet med kompetanseheving av personell for å forberede Samhandlingsreformen. Tabell 30 viser at sju av ti kommuner oppgir å ha hatt slike kostnader.

Tabell 30: Har din kommune i 2010 og/eller 2011 hatt kostnader forbundet med kompetanseheving av personell (for eksempel til utdanning av helsefagarbeidere, sykepleiere eller spesialsykepleiere) for å forberede Samhandlingsreformen?

	Antall	%
Ja	61	71
Nei	25	29
Totalt	86	100

Kommunene er videre spurt om de i 2012 har avsatt midler til kompetanseheving for å implementere Samhandlingsreformen. Tabell 31 viser at to av tre kommuner har gjort en slik avsetning. Det er totalt 16 kommuner (19 %) som oppgir at de ikke har hatt kostnader verken i 2010, 2011 eller 2012 til kompetanseheving av personell som kan knyttes til Samhandlingsreformen. Halvparten av disse er kommuner med under 3 000 innbyggere.

Tabell 31: Har din kommune satt av midler i 2012 til kompetanseheving av personell (for eksempel til utdanning av helsefagarbeidere, sykepleiere eller spesialsykepleiere) for å implementere Samhandlingsreformen?

	Antall	%
Ja	58	67
Nei	28	33
Totalt	86	100

De som har hatt kostnader til kompetanseheving av personell er bedt om å oppgi de samlede netto kostnadene ved dette i 2010 og 2011, samt hvilket beløp som er avsatt til dette formålet i 2012. Tabell 32 oppsummerer disse kostnadene. Tallene tyder på en betydelig økning fra 2010 til 2011, og noe lavere kostnader i 2012 enn i 2011. I kommentarer

fra kommunene går det fram at flere av dem har laget egne kompetanseplaner og at kostnadene er i tråd med disse og ikke nødvendigvis en konsekvens av Samhandlingsreformen. Samtidig må en anta at vissheten om at reformen ville komme, kan ha vært et viktig premiss for kompetanseplanene.

Tabell 32: Netto kostnader til kompetanseheving i 2010 og 2011, samt avsetninger for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad
2010	Kr 30 000	Kr 2 000 000	Kr 12 171 000
2011	Kr 20 000	Kr 2 000 000	Kr 17 566 000
2012	Kr 20 000	Kr 2 000 000	Kr 16 645 000

De kvalitative intervjuene bekrefter dataene fra surveyen og viser at behovet for kompetanseheving på helse- og omsorgsområdet ligger langt framme i bevisstheten blant informantene i alle de 8 case-kommunene. De forteller alle om slike satsinger og tiltak, og om et opplevd behov for at kommunen gjør en større innsats for kompetanseheving. Dels er dette en innarbeidet del av virksomheten, fordi det stadig er behov for ny kunnskap og kompetanse, og dels dreier det seg om satsinger som er mer direkte foranlediget av Samhandlingsreformen. De kommunene som lå godt i forkant av den utviklinga som Samhandlingsreformen sikter mot, slik som Alta og Ørland, har naturlig nok ikke opplevd at reformen har lagt et vesentlig økt trykk på arbeidet med kompetanseheving i kommunen. De kommunene som ikke hadde gjennomført så mye av de endringene reformen fører med seg i god tid før den ble vedtatt og iverksatt, har merket dette trykket mer de siste par årene.

Kompetansehevingen skjer på flere måter. For det første gjennom videreutdanning av egne ansatte. I de tilfellene der dette synes å være spesielt knyttet til de krav som følger av Samhandlingsreformen, har kommunene satset på litt ulike måter. Nannestad kommune har for eksempel sendt flere medarbeidere på kurs i miljøretta helsevern og har fått videreutdannet to av kommunens egne sykepleiere innenfor kreftsykepleie. Ørland, som lenge har arbeidet med samhandling innenfor helsesektoren, har deltatt i et nettbasert samarbeid for kompetanseheving siden 2006, NettOpp Fosen. Dette har vært brukt til å vise undervisningsvideoer og brukes også til videokonferanser. Redningstjenesten som er lokalisert i kommunen, har ukentlige møter her om akuttmedisin. Her kan alle delta, og de kommunene som deltar har dermed mulighet til å øke sin kompetanse på området.

Det rekrutteres også nye medarbeidere, ofte med kompetanse som kommunen ikke hadde fra før, eller der kommunen trengte mer kompetanse. I Kongsberg fikk en politisk gjennomslag for en opptrappingsplan som innebar 9 årsverk; sykehjemslege, fysioterapeut og sykepleiere. Flere av kommunene har ansatt, eller er i ferd med å ansette frisklivs koordinator og det er også flere som rekrutterer spesialsykepleiere. Rekruttering av nye medarbeider bidrar til kompetanseheving på to måter. For det første gjennom den kompetansen som tilføres av nye medarbeidere, og for det andre ved at dette bidrar til et noe større fagmiljø.

Samarbeid med nabokommuner om kompetanseheving er vanlig. Det ser vi blant annet i Nannestad, som samarbeider med andre kommuner om utvikling av diagnosespesifikk kompetanse, i Ørland og i Bardu. For Bardu kommunes vedkommende er samarbeidet omfattende. Troms Militære Sykehus (TMS) er lokalisert i kommunen, og utgjør en betydelig

ressurs for helsetjenestene i kommunen. Bardu, nabokommunene, Forsvaret, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Universitetet i Tromsø har hatt møter der kompetansekravene som følger med Samhandlingsreformen har vært tema, og diskusjonen har dreid seg om hvordan de ulike helsefaglige utdanningene kan tilpasses de endringer som reformen skaper. Forebygging, rehabilitering, akutthjelp og håndtering av syke pasienter enn tidligere har vært tema her.

Videre er det flere som peker på at kompetanseheving har skjedd gjennom omorganisering, ofte i kombinasjon med videreutdanning og/eller rekruttering. Nesodden kommune er et eksempel på dette. Kommunen gjennomfører tydeligere skiller mellom ulike grupper av beboere på sykehjemmet, slik som palliasjon, demens og rehabilitering, kombinert med ansettelse av spesialsykepleiere, og mener å se resultater i form av sterkere fagmiljøer. Dette mener de også har ført til at det er blitt enklere å rekruttere folk, og at de har en bedre kvalifisert søkermasse nå enn tidligere. I Kongsberg har en gjennomført en bevisst satsing for å unngå bruk av vikarbyrå, ut fra den tanken at dette ville styrke og stabilisere den kompetansen som finnes blant kommunens egne ansatte.

Det finnes også eksempel på omorganisering for å styrke den politiske kompetansen. I Nannestad kommune har en endra utvalgsstrukturen. Det som tidligere var Utvalg for oppvekst og omsorg” er lagt ned, og omsorgssektoren har fått et eget utvalg: ”Utvalg for bistand og omsorg”. Dette ble gjort for å gi politikerne bedre mulighet til å konsentrere seg om helse- og omsorgsspørsmål. Blant kommunens kompetansehevede tiltak trekker informantene i Nannestad også fram det holdningsskapende arbeidet som kommunen har drevet blant ansatte i forkant av innføringen av Samhandlingsreformen. ”Detta skal vi greie”, har vært mantraet.

Når kommunene har tallfestet sine kostnader til kompetanseheving i surveyen, er det grunn til å tro at de først og fremst har hatt utgifter til videreutdanning og rekruttering i tankene. Kompetanseheving som følger av omorganisering er langt vanskeligere å tallfeste, men kan av og til være tidkrevende prosesser, både faglig og administrativt. Erfaringene fra intervjuene kan med andre ord tolkes i retning av at kostnadene reelt sett er noe større enn det kommunene har oppgitt.

Kompetanseplaner, målsettinger og konkretiseringer av framtidig kompetanseheving er vanlig. Alle kommunene har ei oppfatning om at dette vil være svært viktig de kommende årene. Noen har utarbeidet kompetanseplaner for mer eller mindre avgrensede områder, andre har utviklet en felles forståelse innad i kommunen og/eller med nabokommuner om hvor satsingen skal komme. Ett eksempel er Kongsberg, som er tydelige på at kommunen har behov for å øke kompetansen innenfor omsorgsteknologi.

3.7 Forebyggende og helsefremmende tiltak

Et av de viktigste målene med Samhandlingsreformen er å dreie kommunenes virksomhet over mot iverksetting av sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak slik at man unngår at folk pådrar seg sykdommer. Tanken er at man ved dette reduserer og/eller utsetter framtidige helsetjenestekostnader. Helsedirektoratet anbefaler at kommunene organiserer det befolkningsrettede forebyggende og helsefremmende arbeidet med utgangspunkt i

frisklivssentraler (FLS). Vi har i denne undersøkelsen spurt om kommunene har etablert FLS. Som det framgår av tabell 33, svarer nesten halvparten av kommunen ja på dette spørsmålet. De fleste av disse har etablert FLS alene, mens et fåtall har etablert FLS i interkommunalt samarbeid eller sammen med frivillig(e) organisasjon(er).

Tabell 33: Har din kommune etablert FLS (eventuelt i samarbeid med andre)?

	Antall	%
Ja, kommunen alene	27	31
Ja, i interkommunalt samarbeid	7	8
Ja, i samarbeid med frivillig(e) organisasjon(er)	6	7
Nei	46	54
Totalt	86	100

De kommunene som ikke har etablert FLS, er bedt om å redegjøre for hvordan de alternativt ivaretar ansvaret for folkehelsearbeidet. Kommunene har oppgitt at de har tilsatt folkehelsekoordinator, at de jobber med planer for dette arbeidet og at de er i planleggingsfasen for etablering av FLS. Flere skriver at de jobber med større befolkningsrettede prosjekt uten at de har gjort noen spesielle organisatoriske endringer av den grunn. Tverrfaglige og tverrsektorielle interne arbeidsgruppe nevnes også. Noen ser ikke behov eller mulighet for å gjøre store endringer med dagens ressurser slik denne kommentaren illustrerer: *"Vi viderefører det forebyggende arbeidet som vi alltid har drevet med og utvider det så snart ressursituasjonen tillater det."*

De kommunene som svarer at de har etablert FLS er bedt om å oppgi hvilke kostnader de har hatt ved dette i 2010 og/eller 2011. Tabell 34 oppsummerer disse. De totale kostnadene økte fra 2010 til 2011. Begge år utgjorde intern arbeidstid en relativt stor del av disse kostnadene.

Tabell 34: Kommunenes kostnader forbundet med å etablere FLS eller tilsvarende tilbud. 2010 og 2011.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 31 875	Kr 1 257 500	Kr 8 992 387	49 %
2011	Kr 13 230	Kr 1 359 950	Kr 11 317 431	43 %

Kommunene er videre spurt om de i løpet av 2010 og/eller 2011 har brukt ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer for å ivareta det forebyggende helsearbeidet. I spørsmålet pekes det til eksempelvis å tilsette folkehelsekoordinator. Fire av ti kommuner bekreftet at de hadde brukt ekstra ressurser til dette (se tabell 35).

Tabell 35: Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 brukt ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer for å ivareta det forebyggende helsearbeidet (for eksempel ved å tilsette folkehelsekoordinator)?

	Antall	%
Ja	34	40
Nei	52	60
Totalt	86	100

Tabell 36 viser at en noe større andel svarte at de ville ha behov for å sette av ekstra ressurser i 2012 for å identifisere folkehelseutfordringer.

Tabell 36: Vil din kommune i 2012 ha behov for å bruke ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer for å ivareta det forebyggende helsearbeidet?

	Antall	%
Ja	41	48
Nei	36	42
Vet ikke	9	10
Totalt	86	100

Kommunene som har hatt kostnader ble bedt om å anslå disse. Tabell 37 oppsummerer kostnadene for 2010, 2011 og 2012.

Tabell 37: Kostnader for å identifisere folkehelseutfordringer i 2010 og 2011. Anslag for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 10 625	Kr 1 046 875	Kr 6 490 200	39 %
2011	Kr 10 000	Kr 1 273 800	Kr 9 582 107	51 %
2012	Kr 40 000	Kr 610 000	Kr 9 650 000	100 %

De kvalitative intervjuene viser at den sentrale ambisjonen med Samhandlingsreformen om at mer av kommunenes fokus og prioriteringer skal dreies mot forebyggende helsearbeid, klart er i tråd med kommunenes egne ønsker, og til dels også deres prioriteringer. Innholdet i denne delen av intervjuene handlet først og fremst om hva kommunene faktisk har gjort og/eller har planer om å gjøre innenfor det forebyggende helsearbeidet og i liten grad om hvorvidt de har brukt ressurser på å identifisere folkehelseutfordringer. Blant informantene var det helt klart en oppfatning om at dette er et vanskelig felt. Det er faglig vanskelig fordi kunnskapen om hva som virker oppfattes som sparsom og fordi en slik satsing krever en koordinert, helhetlig og langsiktig innsats og ikke bare spredte enkeltprosjekt med begrensa varighet. Kommunene, alle de vi intervjuet, var også skuffet over at det ikke var lagt inn midler til forebyggende arbeid i finansieringa av reformen.

Selv om alle de 8 kommunene hadde hatt tiltak ment for å styrke det forebyggende arbeidet i relativt lang tid, var det også tydelig at for de aller fleste sitt vedkommende hadde Samhandlingsreformen skapt økt oppmerksomhet om dette området. Flere meldte om at temaet var kommet høyere opp, både i politisk debatt og i prioriteringer. Samtidig

konkurrerer dette området med pleie- og omsorgstjenesten om midler, og som en av informantene uttrykte det: "Det å flytte penger fra et brannområde til et forebyggende område, det er vanskelig."

Bare en av de 8 kommunene, Levanger, hadde opprettet frisklivssentral. Nesodden hadde ansatt en frisklivsadministrator som skulle begynne i jobben ut på sommeren og Nannestad hadde i samarbeid med to nabokommuner fått drøyt en halv million kroner fra fylkeskommunen for å starte opp arbeidet med en frisklivssentral. Kommunene innretter seg også på andre måter enn gjennom frisklivssentral. Slike eksempler er Bardu og Kongsberg, som har lagt arbeidet med forebyggende helsearbeid til kulturetaten. Nesodden kommune er kommet relativt langt med å definere det forebyggende arbeidet inn i forlengelsen av den behandlende delen av helsearbeidet, gjennom å vedta en ny tjeneste, kalt "Forebyggende og behandlende tjeneste til voksne". Denne består av ergoterapitjeneste, fysioterapi, frisklivsadministrator, og med demenskoordinator planlagt som en del av denne tjenesten. Videre har kommunen et prosjekt kalt "80+", som har som målsetting å redusere antall brudd hos eldre mennesker.

Kommunene har som nevnt lenge hatt folkehelse inne i sine prioriteringer, for eksempel i tilrettelegging for aktivitet og friluftsliv; sykkelveier, turstier og skiløyper. Anti-røykekampanjer er en annen type tiltak, sammen med kostholdsveiledning i barnehage og skole. Kulturtilbud nevnes også av flere som en form for folkehelseiltak, og er forklaringen på at flere av kommunene legger ansvaret for dette arbeidet til kulturetaten.

Den økte oppmerksomheten om folkehelsearbeid, har også avtegnet seg i kommuneplanen. Både Levanger og Nesodden kommune melder om at samfunnsdelen av kommuneplanen har folkehelse som satsingsområde. I Trondheim, derimot, er signalene mer tvetydige. Her mener informantene at arbeidet med folkehelse er blitt nedprioritert på grunn av det økte presset på pleietjenestene som Samhandlingsreformen har ført med seg.

Alle de åtte kommunene samarbeider i større eller mindre grad med frivillige organisasjoner om folkehelseiltak, og det finnes et mangfold av samarbeidsrelasjoner og -tema her. Samtidig mener også alle at det ligger et stort, uutnyttet potensial her, som dels kunne vært utløst gjennom kreativ tenking og ideer, og dels gjennom å prioritere mer midler til dette feltet.

I alle kommunene registrerte vi skuffelse over at det så langt har fulgt lite midler med Samhandlingsreformen til å satse på folkehelse, selv om bedre folkehelse er et av hovedmålene med reformen. De mener det er vanskelig å få til en ordentlig prioritering av slikt arbeid innenfor de rammene som kommunen har, både fordi tidshorisonten når det gjelder å avlese resultater er lang, og fordi en har lite dokumentert kunnskap om hva som virker. Samtidig ser vi av tabell 2, oversikten over case-kommunene, at ingen av de prosjektene de deltar i med finansiering fra HOD, er innrettet mot folkehelse. Vi kjenner ikke til om de har søkt om slike midler gjennom denne ordninga, eller om forklaringen er at de først og fremst har prioritert pleie- og omsorgstema når de har søkt HOD om midler. Dette lille tankekorset kan imidlertid også illustrere det som er et hovedpoeng blant informantene i alle kommunene, nemlig at folkehelsearbeidet må ivaretas gjennom langsiktige og koordinerte satsinger, og ikke i form av prosjekter med begrenset varighet.

3.8 Elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon

Vi har spurt kommunene om de har fått på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom sin kommune og helseforetak. Slik det framgår av tabell 38, har foreløpig under en av tre kommuner dette på plass.

Tabell 38: Er et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom din kommune og helseforetak på plass?

	Antall	%
Ja	26	30
Nei	60	70
Totalt	86	100

Av de 26 kommunen som har et slikt system på plass, oppgir 22 at de har hatt kostnader i 2010 og/eller 2011. Tabell 39 oppsummerer disse.

Tabell 39: Kostnader for å få på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom din kommune og helseforetak. 2010 og 2011, samt anslag for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 22 050	Kr 1 218 000	Kr 4 091 024	52 %
2011	Kr 30 870	Kr 1 773 000	Kr 7 215 690	55 %
2012	Kr 12 500	Kr 1 100 000	Kr 6 562 500	

De kommunene som ikke har et slikt system på plass, er spurt om de har kartlagt hva det vil koste å få det på plass. Tabell 40 viser at under halvparten har svart ja på spørsmålet.

Tabell 40: Har din kommune kartlagt hva det vil koste å få på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger med helseforetak?

	Antall	%
Ja	25	42
Nei	35	58
Totalt	60	100

Kommuner som har kartlagt kostnadene, er spurt om de har avsatt midler i 2012 for investeringer i et slikt system. Tabell 41 viser at over halvparten svarte nei på spørsmålet. De som hadde avsatt midler, ble bedt om å anslå disse. Anslagene er oppsummert i tabell 39. I hele vårt utvalg sett under ett, er det altså hele 35 kommuner (41 % av alle kommunene i undersøkelsen) som verken har et slikt system eller har skaffet seg oversikt over hva dette vil koste.

Tabell 41: Er det i din kommune avsatt midler i 2012 til investering i et system for elektronisk kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommunen og helseforetak?

	Antall	%
Ja	25	42
Nei	35	58
Totalt	60	100

Blant de åtte case-kommunen er det tre som oppgir at de har et system for elektronisk kommunikasjon mellom kommunen og helseforetaket. Dette systemet synes imidlertid ikke å være i bruk i kommunikasjonen om de utskrivningsklare pasientene, jfr. det som er skrevet tidligere om det merarbeidet dette ofte skaper. Vi vil tro at det med eksisterende teknologi burde være mulig å utvide systemene til å kunne ivareta elektronisk kommunikasjon også om de utskrivningsklare pasientene og at dette vil bidra vesentlig til å effektivisere dette arbeidet.

3.9 *FoU*

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet. Vi har spurt kommunene om de i 2010 og/eller 2011 har brukt egne ressurser til helse-/omsorgsforskning. Som det framgår av tabell 42, er dette tilfelle bare i et fåtall kommuner.

Tabell 42: Har din kommune brukt egne ressurser til helse-/omsorgsforskning i 2010 og/eller 2011?

	Antall	%
Ja	9	11
Nei	77	89
Totalt	86	100

På spørsmål om kommunene i 2012 vil bruke egne ressurser til helse-/omsorgsforskning, er det fortsatt bare et lite mindretall som svarer ja og en del flere som svarer at de ikke vet (se tabell 43). Majoriteten har imidlertid ingen planer om å bruke egne ressurser til dette.

Tabell 43: Vil din kommune bruke egne ressurser til helse-/omsorgsforskning i 2012?

	Antall	%
Ja	10	12
Nei	59	68
Vet ikke	17	20
Totalt	86	100

Vi har bedt kommunene anslå hvor store kostnader de har hatt til helse-/omsorgsforskning i 2010 og/eller 2011. Vi har videre bedt de om å anslå kostnader til dette i 2012. Tabell 44 oppsummerer kostnadene på dette feltet.

Tabell 44: Kostnader til helse- og omsorgsforskning. 2010 og 2011, samt anslag for 2012.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 85 000	Kr 242 500	Kr 1 226 875	23 %
2011	Kr 40 000	Kr 472 050	Kr 1 799 725	18 %
2012	Kr 30 000	Kr 1 640 000	Kr 2 885 000	

Forskning synes ikke å være et tema som så langt har hatt høy prioritet i forbindelse med innføringa av Samhandlingsreformen. Oppmerksomheten har vært på avtaleutforming og på å få til gode praktiske ordninger for å ta imot utskrivningsklare pasienter og håndtere den påvirkningen dette har på ordninger for beboerne i sykehjem og omsorgsboliger. Vi ser likevel at en del av kommunene er med i FoU-prosjekter som gjennomføres ved ulike institusjoner. Ett slikt eksempel er det tidligere nevnte som Bardu deltar i, og som er knyttet til hvordan utdanningsinstitusjonene kan matche de kompetansebehovene som genereres gjennom Samhandlingsreformen. I Levanger har en hatt samarbeid med HINT og HUNT innenfor folkehelse, mens Nannestad i flere år har deltatt i et samarbeidsprosjekt mellom kommuner og forskningsmiljø innenfor psykiatri. Vi ser med andre ord at deltakelse i forskningsprosjekt er direkte knyttet opp mot kompetanseheving og/eller forbedringer i pleie- og omsorgstjenestene for de kommunene som deltar. Den betydelige satsingen på kompetanseheving som er vist tidligere, kan bære bud om at kommunene kan komme til å få større kostnader forbundet med deltakelse i forskning enn tallene ovenfor indikerer. Det avhenger selvsagt av flere faktorer, som for eksempel om det oppfattes som nyttig for kommunen, hvilke ressurser som kreves og hvor mye kommunen kan påvirke valg av tema og spørsmålsstilling.

3.10 Andre reformkostnader

Blant kommunene som har deltatt i undersøkelsen, er det 35 som i 2010 og/eller 2011 har fått prosjektmidler til samhandlingsprosjekt fra HOD. Vi har spurt disse kommunene hvor store beløp de totalt har investert som egeninnsats i disse prosjektene i 2010 og/eller 2011 som ikke er dekket av tidligere spørsmål i denne undersøkelsen. Tabell 45 oppsummerer disse kostnadene. Summene som oppgis her er relativt beskjedne. Dette har trolig sammenheng med at det meste av egeninnsatsen er rapportert i forbindelse med tidligere spørsmål i undersøkelsen.

Tabell 45: Hvilke beløp har din kommune totalt investert som egeninnsats i denne typen prosjekt i 2010 og/eller 2011 som ikke er dekket av tidligere spørsmål i denne undersøkelsen?

	Minimum	Maksimum	Total kostnad
2010	Kr 40 000	Kr 500 000	Kr 980 000
2011	Kr 50 000	Kr 1 000 000	Kr 2 270 000

Kommunene ble til slutt spurt om de hadde hatt andre kostnader knyttet til planlegging av Samhandlingsreformen som ikke er dekt av de spørsmålene som er stilt i undersøkelsen. Det var totalt 23 kommuner (27 %) som svarte at de hadde hatt andre kostnader. De som hadde hatt andre kostnader ble bedt om å beskrive hvilke kostnader det dreide seg om og anslå disse i form av bokførte utgifter og/eller medgått intern arbeidstid. Tabell 46 oppsummerer

kostnadene. Disse knyttes til spesifikke utviklingsprosjekt gjerne i interkommunalt samarbeid, planarbeid og fysiske utbygginger.

Tabell 46: Anslag for andre kostnader kommunene har hatt i henholdsvis 2010 og 2011, som ikke er dekt av andre spørsmål i undersøkelsen.

	Minimum	Maksimum	Total kostnad	Andel av total kostnad oppgitt som medgått intern arbeidstid
2010	Kr 12 750	Kr 507 000	Kr 1 585 100	63 %
2011	Kr 12 000	Kr 4 673 900	Kr 11 116 849	16 %

4 Oppsummerte kostnader og analyser

I denne delen av rapporten vil vi oppsummere og analysere de kostnadene som er presentert i kapittel 3. Det vil si at vi her oppsummerer kostnadene for de 86 kommunene som inngår i vår undersøkelse. Vi skiller mellom kostnader rapportert for 2010 og 2011, og kostnader rapportert i 2012. Dette fordi spørsmålsstillingen er noe ulik for årene 2010 og 2011, sammenlignet med 2012. Vi har også beregnet kostnadsestimat på landsbasis.

4.1 Samlede kostnader i de 86 undersøkte kommunene i 2010 og 2011

Som det framgår av tabell 47, har kommunene i 2010 til sammen rapportert å ha brukt 119,9 millioner kroner på forberedelser som kan knyttes til Samhandlingsreformen, mens de i 2011 har rapportert å ha brukt 186,1 millioner kroner.

I 2010 var det 14 kommuner (16 %) som ikke rapporterte noen kostnader, mens det i 2011 bare var 3 kommuner (3 %) som ikke rapporterte kostnader.

Mesteparten av kommunenes kostnader er oppgitt som bokførte kostnader. Dette er i hovedsak driftskostnader og i mindre grad investeringskostnader. I 2010 var 83 % av de totale kostnadene bokførte kostnader. Tilsvarende tall for 2011 var 79 %.

Den største utgiftsposten var både i 2010 og 2011 kostnader til tiltak som skal erstatte innleggelse i sykehus. Dette til tross for at det i materialet bare var 28 % blant kommunene som oppga å ha et slikt tilbud i 2010 og 2011. Dette kan tyde på at det er store kostnader forbundet med å etablere og drifte tjenester på kommunalt nivå som erstatter sykehustjenester. I 2010 utgjorde disse kostnadene 48 % av de totale kostnadene som er rapportert i denne undersøkelsen, mens de i 2011 utgjorde 35 %.

Den nest største utgiftsposten var i 2010 kostnader til forebyggende og helsefremmende tiltak som utgjorde 13 % av de totale kostnadene. Den tredje største utgiftsposten var kompetanseheving som utgjorde 10 % av de totale kostnadene i 2010.

I 2011 var det utskrivningsklare pasienter som var den nest største utgiftsposten (19 % av de totale kostnadene), mens forbyggende og helsefremmende tiltak var den tredje største (11 % av de totale kostnadene).

Den største relative kostnadsveksten fra 2010 til 2011, er knyttet til de utskrivningsklare pasientene. Her steg de totale kostnadene med 26,2 millioner kroner (262 %).

Materialet inkluderer én av landets fire største bykommuner. Denne kommunens kostnader er klart dominant i materialet. I 2010 var hele 38 % av de totale utgiftene rapportert fra denne kommunen. Tilsvarende tall for 2011 var 26 %. Dominansen skyldes i all hovedsak kostnader ved tiltak som erstatter innleggelse i sykehus i denne kommunen. Kommunen sto alene for 78 % og 77 % av de totale kostnadene ved tilbud til erstatning av sykehusinnleggelser i henholdsvis 2010 og 2011. Kommunen dominerer ikke kostnadsbildet for andre aktiviteter/områder. Dersom vi ekskluderer kostnadene ved tilbud som skal erstatte innleggelse i sykehus i denne bykommunen fra kostnadene som er gjengitt i tabell 47, vil det både for 2010 og 2011 endre rangeringen av kostnadene. Det betyr at den største kostnadsposten i 2010 da vil være forbyggende og helsefremmende tiltak, mens de to største i 2011 vil være utskrivningsklare pasienter og forebyggende og helsefremmende tiltak.

Av de kostnadene som er kartlagt i 2011 er det noen typiske engangskostnader, mens noen er varige driftskostnader. Typiske engangskostnader er kostnader knyttet til de lovpålagte avtalene og kostnader ved å sette seg inn og forberede rutiner for implementering av reformen. Av kostnadene kartlagt i 2011, er det rimelig å anta at kostnadene ved alternativ til sykehustjenester er varige driftskostnader. Disse kostnadene utgjør 39 % av kostnadene i 2011. De øvrige har i større og mindre grad elementer av varige kostnader, men vi regner dem her konservativt som engangskostnader.

Tabell 47: Totale kostnader (målt i millioner kroner) fordelt på ulike aktiviteter/områder. Bokførte kostnader og kostnader gitt som intern arbeidstid. 2010 og 2011.

Aktivitet/område	2010			2011		
	Total kostnad	Bokført kostnad	Kostnad gitt som intern arbeidstid	Total kostnad	Bokført kostnad	Kostnad gitt som intern arbeidstid
Lovpålagte avtaler	3,6	1,2	2,4	7,1	1,9	5,2
Medfinansiering	7,7	5,9	1,8	9,4	6,9	2,5
Utskrivningsklare pasienter	10,0	8,1	1,9	36,2	28,2	8,0
Alternativ til sykehustjenester						
Erstatte innleggelse i sykehus	57,8	56,2	1,6	65,0	61,2	3,8
Erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester	5,3	2,8	2,5	7,5	4,1	3,4
Kompetanseheving	12,2	12,2	0	17,6	17,6	0
Forebyggende og helsefremmende tiltak	15,5	8,5	7,0	20,9	11,1	9,8
Elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon	4,1	2,0	2,1	7,2	3,2	4,0
FoU	1,2	0,9	0,3	1,8	1,5	0,3
Andre kostnader	2,5	1,6	0,9	13,4	11,6	1,8
Kostnader totalt	119,9	99,4	20,5	186,1	147,3	38,8

Vi har undersøkt om det er samvariasjon mellom totale kostnadene og folketall i kommunene. Som det framgår av tabell 48, finner vi at det er en sterk positiv samvariasjon både i 2010 og 2011.

Tabell 48: Øker de totale kostnadene med økt folketall?

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2010	Ja	0,878	< 0,001
2011	Ja	0,798	< 0,001

Vi har videre undersøkt om det er noen statistisk signifikante ulikheter i kostnadsbildet mellom kommunene når de grupperes etter folketall og økonomisk handlefrihet. Tabell 49 og 50 oppsummerer sentraltendens og spredning i kostnadsbildet for hele materialet og inndelt i fem kommunegrupper (slik de er beskrevet i kap. 2.3). Begge tabeller vitner om svært store variasjoner i kostnader både totalt sett og innad i alle de fem kommunegruppene. Medianen er i alle tilfeller mye lavere enn gjennomsnittet, noe som tyder på at det er noen få kommuner som drar opp gjennomsnittet med høye kostnader. Ved hjelp av ANOVA-test har vi testet om ulikhetene i gjennomsnittskostnadene i de fem gruppene er statistisk signifikant. Hverken i 2010 eller i 2011 finner vi at ulikhetene er statistisk signifikante hvis vi legger 5 % signifikansnivå som grense for statistisk signifikans. Det er imidlertid en tendens i materialet til at kostnadene øker med økt folketall og lave/middels bundne kostnader. Den store variasjonen i kostnader innad i alle grupper og et lavt antall observasjoner i hver gruppe er hovedårsakene til at forskjellene ikke slår ut som statistisk signifikante.

Tabell 49: Kostnader (målt i kroner) i ulike kommunegrupper i 2010. Sentraltendens og spredning (gjennomsnitt, median, minimum, maksimum og standardavvik). Antall observasjoner (n).

Kommunegruppe	Gj. snitt	Median	Min.	Maks.	St. avvik	n
små kommuner med middels bundne kostnader	648 094	250 000	0	7,3 mill. kr	1,4 mill. kr	35
små kommuner med høye bundne kostnader	379 911	132 313	0	1,9 mill. kr	0,6 mill. kr	14
mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	535 343	312 863	0	2,2 mill. kr	0,6 mill. kr	10
mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	1 794 798	800 000	0	11,9 mill. kr	2,9 mill. kr	17
store kommuner med lave bundne kostnader	5 552 394	1 214 375	4 250	45,8 mill. kr	14,2 mill. kr	10
Totalt	1 388 267	294 355	0	45,8 mill. kr	5,1 mill. kr	86

ANOVA-test: F = 2,182, p-verdi = 0,078

Tabell 50: Kostnader (målt i kroner) i ulike kommunegrupper i 2011. Sentraltendens og spredning (gjennomsnitt, median, minimum, maksimum og standardavvik). Antall observasjoner (n).

Kommunegruppe	Gj. snitt	Median	Min.	Maks.	St. avvik	n
små kommuner med middels bundne kostnader	1 050 818	481 330	0	7,5 mill. kr	1,6 mill. kr	35
små kommuner med høye bundne kostnader	710 310	550 625	38 510	2,2 mill. kr	0,6 mill. kr	14
mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	1 382 670	894 875	182 020	4,8 mill. kr	1,5 mill. kr	10
mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	3 670 400	1 433 105	0	22,7 mill. kr	3,7 mill. kr	17
store kommuner med lave bundne kostnader	6 324 805	1 737 298	8 500	48,4 mill. kr	6,3 mill. kr	10
Totalt	2 165 053	713 725	0	48,4 mill. kr	5,1 mill. kr	86

ANOVA-test: $F = 2,185$, $p\text{-verdi} = 0,077$

Ut fra disse analysene, kan det virke som om folketallet i kommunen er den viktigste forklaringsfaktoren på hvor mye penger kommunene har brukt på å forberede Samhandlingsreformen, ikke hvor mye midler frie inntekter de har til rådighet. De store variasjonene kommunene i mellom tyder imidlertid på at det er andre forhold enn folketall og økonomi som har vært styrende for utviklingen av helsetilbudet i kommunene. Den store variasjonen kan i stor grad knyttes til at det er store ulikheter når det gjelder utbygging av tilbud i kommunene som skal erstatte sykehustjenester. Mange av de kommunene som har et slikt tilbud, er kommuner med lang reisevei til sykehus. Utbyggingen av tilbudet har imidlertid i liten grad sammenheng med forberedelser til Samhandlingsreformen. Det synes snarere å være slik at Samhandlingsreformen er sterkt inspirert av disse tilbudene som gjerne er bygget opp for flere år siden.

4.2 Samlede kostnader i de 86 undersøkte kommunene i 2012

Hovedfokuset for denne undersøkelsen av kommunenes kostnader så langt i forbindelse med Samhandlingsreformen, er knyttet til forberedelser gjennomført i 2010 og 2011. Vi har også spurt om anslag for kostnader i 2012. Siden dette er kostnader som enda ikke er påløpt fullt ut, er det naturlig nok stor usikkerhet knyttet til disse anslagene. Tabell 51 oppsummerer kostnadene som tidligere er presentert i kapittel 3. Kostnadene som oppsummeres her, beløper seg totalt sett til 88 millioner kroner.

Det er verd å merke seg at selve medfinansieringen av somatiske spesialisthelsetjenester er holdt utenfor denne undersøkelsen.

Det er ikke spurt om anslag for kostnader til tilbud som skal erstatte sykehustjenester i 2012. Det er heller ikke spurt spesifikt om eventuelle kostnader knyttet til etablering av FLS. Det er imidlertid grunn til å anta at disse kostnadene vil ligge på nivå med kostnadene i 2011, noe som betyr et totalt kostnadsanslag i nærheten av kostnadene for 2011.

Tabell 51: Kostnadsanslag (målt i millioner kroner) fordelt på ulike aktiviteter/områder. 2012.

	2012
Aktivitet/område	Anslått kostnad
Lovpålagte avtaler	5,8
Medfinansiering	7,5
Utskrivningsklare pasienter	19,8
Etablering av heldøgns øyeblikkelig hjelp	15,7
Legetjenesten	3,4
Kompetanseheving	16,6
Identifisering av folkehelseutfordringer	9,7
Elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon	6,6
FoU	2,9
Anslåtte kostnader totalt	88,0

En stor del av kostnadsanslagene i tabell 51 er oppgitt i form av medgåtte arbeidstimer og stillingsandeler. Den største kostnadsposten i tabell 51 er utskrivningsklare pasienter som utgjør 23 % av de totale kostnadene. Her er det verd å merke seg at denne kostnadsposten kun omfatter kostnadsanslag knyttet til kommunenes administrasjon av de utskrivningsklare pasientene. Påløpte kostnader for fortsatt sykehusopphold for denne gruppen som i 1. kvartal i 2012 beløp seg til 14,4 mill. kroner, er ikke regnet med her. Dersom kostnadene for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter oppgitt for 1. kvartal 2012, legges til grunn som estimat for de resterende tre kvartal i 2012, vil kostnadene for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasientene totalt sett øke med 57,6 millioner kroner.

Kompetanseheving er den nest største kostnadsposten og utgjorde 19 % av det totale kostnadsanslaget i 2012. Kommunenes egne estimerte utgifter til etablering av heldøgns plasser for øyeblikkelig hjelp var den tredje største kostnadsposten og utgjorde 18 % av det totale kostnadsanslaget i 2012.

Når det gjelder kostnader knyttet til etablering av et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommune og helseforetak, er det grunn til å merke seg at fire av ti kommuner i denne undersøkelsen foreløpig ikke har et slikt system på plass. Det er derfor grunn til å anta at dette er et område hvor kommunene vil ha behov for å gjøre investeringer.

Den store bykommunen som dominerte kostnadsbildet i 2010 og 2011, dominerer ikke fullt så mye i 2012. Denne kommunen sto i 2012 for 4 % av de totale kostnadene rapportert i tabell 51. Kommunene hadde klart høyere kostnader for betaling for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter. Disse kostnadene inngår ikke i tabell 51. Av de totale kostnadene på ca 14,4 mill. kroner rapportert til dette i 2012, sto denne store bykommunen for 54 % alene. Når det gjelder øvrige kostnader i 2012 er det imidlertid ingen dominans.

Noen av kostnadene kartlagt i 2012 er engangskostnader. Dette gjelder i hovedsak kostnader knyttet til de lovpålagte avtalene, etablering av heldøgns øyeblikkelig hjelp og utgifter til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av pasientopplysninger. Disse kostnadene

utgjør 32 % av kostnadene kartlagt i 2012. De resterende 68 % av kostnadene er i all hovedsak varige driftskostnader.

Vi har undersøkt om det er samvariasjon mellom det totale kostnadsanslaget kommunene har oppgitt for 2012 og folketall i kommunene. Som det framgår av tabell 52, finner vi at det er en sterk positiv samvariasjon.

Tabell 52: Øker de totale kostnadene med økt folketall?

	Øker kostnadene med økt folketall?	Pearson korr. koeffisient	p-verdi
2012	Ja	0,527	< 0,001

Vi har undersøkt om det er noen statistisk signifikante ulikheter i kostnadsanslagene mellom kommunene når de grupperes etter folketall og økonomisk handlefrihet. Tabell 53 oppsummerer sentraltendens og spredning i kostnadsbildet for hele materialet og mellom de fem kommunegrupper. Tallene vitner om relativt store variasjoner i kommunenes kostnader både totalt sett og innad i alle de fem kommunegruppene. Medianen er i alle tilfeller lavere enn gjennomsnittet, noe som tyder på at noen kommuner drar opp gjennomsnittet. Spredningen både innad og mellom kommunegruppene er imidlertid langt mindre enn i 2010 og 2011. Ved hjelp av ANOVA-test finner vi at det er statistisk signifikant forskjell på gjennomsnittskostnadene mellom de fem gruppene. Det er en tendens til at kostnadene øker med økt folketall og lave bundne kostnader. Kommunenes økonomiske handlefrihet ser altså ut til å spille en signifikant rolle. Jo mer bundne kostnader kommunene har, jo lavere kostnader oppgir de å bruke til tidlig implementering av Samhandlingsreformen.

Tabell 53: Kostnader (målt i kroner) i ulike kommunegrupper i 2012. Sentraltendens og spredning (gjennomsnitt, median, minimum, maksimum og standardavvik). Antall observasjoner (n).

Kommunegruppe	Gj. snitt	Median	Min.	Maks.	St. avvik	n
små kommuner med middels bundne kostnader	739 279	534 914	45 900	3,3 mill. kr	0,7 mill. kr	35
små kommuner med høye bundne kostnader	413 142	393 933	4 590	1,1 mill. kr	0,3 mill. kr	14
mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	1 832 024	1 625 557	934 252	3,3 mill. kr	0,9 mill. kr	10
mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	867 755	736 060	0	2,2 mill. kr	0,6 mill. kr	17
store kommuner med lave bundne kostnader	2 313 823	2 403 350	315 896	4,4 mill. kr	1,5 mill. kr	10
Totalt	1 021 733	658 766	0	4,4 mill. kr	0,9 mill. kr	86

ANOVA-test: F = 12,301, p-verdi < 0,001

4.3 *Sekvensiell korrelasjonsanalyse*

For å utnytte bakgrunnsinformasjonen vi samlet inn om kommunene maksimalt (befolkning, kommunegruppe og frie inntekter), foretok vi en sekvensiell korrelasjonsanalyse. Den består i å konstruere en kommunevariabel, som er den kombinasjonen av de tre bakgrunnsvariablene som maksimerer korrelasjonen mellom dem. Så undersøker vi om denne konstruerte variabelen er korrelert med kostnadstallene for hver kommunegruppe. De fem kommunegruppene som brukes i analysen er de som er gjengitt i tabell 53. Analysen viser at det var en negativ samvariasjon mellom den konstruerte kommunegruppevariabelen og de oppgitte bokførte kostnadene i hvert av årene. Samvariasjonen var klart sterkere i 2012 enn i de to foregående årene (se tabell 54). Den negative samvariasjonen mellom kommunekarakteristikk variabelen og de oppgitte totale kostnadene til å forberede Samhandlingsreformen kan (delvis) forklares med at kommuner innenfor en og samme størrelsesgruppe (små, middels, store) har økende bundne kostnader, og dermed lavere frie inntekter jo høyere kommunegruppe de tilhører. Det betyr at jo høyere kommunegruppe jo mindre økonomisk handlefrihet, og dermed muligens mindre mulighet til å bruke penger på samhandlingsreformen. De oppgitte korrelasjonskoeffisientene i tabell 54 er alle signifikant forskjellige fra null.

Tabell 54: Samvariasjon mellom konstruert kommunekarakteristikk variabel og oppgitte, bokførte kostnader for årene 2010, 2011, 2012.

	2010	2011	2012
Korrelasjonskoeffisient	-0,58	-0,49	-0,85

Tabell 54 viser at samvariasjonen øker fra 2010 og 2011 til 2012. Dette kan ses i sammenheng med resultatet fra ANOVA analysene ovenfor, som viser at mens det i 2010 og 2011 ikke var noen signifikant forskjell på gjennomsnittskostnadene i de fem kommunegruppene, så fant vi en slik signifikant sammenheng i 2012. Økonomisk handlefrihet ser altså ut som å ha fått en økende betydning for å forklare forskjeller i utgifter til Samhandlingsreformen mellom kommuner.

4.4 *Estimerte kostnader på landsbasis*

Det faktum at det er stor usikkerhet knyttet til de kostnadene kommunene har oppgitt og det faktum at det er store kostnadsvariasjonene fra kommune til kommune og innad i kommunegruppene, gjør det svært utfordrende å søke å anslå noen sikre reformkostnadsestimat for landets kommuner som helhet, basert på vår undersøkelse. Vi vil derfor understreke at de kostnadsestimatene vi har regnet oss fram til er beheftet med stor usikkerhet. De må av den grunn brukes med stor varsomhet.

De 86 kommunene i undersøkelsen representerer 20 % av landets kommuner og drøyt 17 % av landets befolkning. Vi har estimert kostnader på landsbasis ved to alternative metoder. I det første alternativet aggregerer vi ganske enkelt de kostnadene vi har kartlagt i 20 % av kommunene til 100 % av kommunene ved å multiplisere de kartlagte kostandene med 5 ($20\% * 5 = 100\%$). I det andre alternativet har vi valgt å basere våre kostnadsestimat på landsbasis på estimerte kostander pr innbygger i de fem kommunegruppene.

Det er verd å merke seg at det ikke er de samme kostnadene som er kartlagt i 2010 og 2011, som i 2012. Det er som tidligere nevnt, ikke spurt om anslag for kostnader til tilbud som skal erstatte sykehustjenester i 2012. Det er heller ikke spurt spesifikt om eventuelle kostnader knyttet til etablering av FLS. De estimerte kostnadene for 2012 er dermed ikke sammenlignbare med kostnadsestimatene for 2010 og 2011.

4.4.1 Alternativ 1

Tabell 55 viser kostnadsestimatene på landbasis for 2010, 2011 og 2012, ved den enkle metoden hvor vi aggregerer fra 20 % til 100 % som beskrevet over.

Tabell 55: Enkelt estimat for reformkostandene på landsbasis. 2010-2012.

	2010	2011	2012
Kostnadsestimat på landsbasis	600 mill. kr	931 mill. kr	440 mill. kr

4.4.2 Alternativ 2

Utgangspunktet for disse beregningene er gjennomsnittskostnadene og antall kommuner i hver kommunegruppe som er oppgitt i tabell 53. For hver kommunegruppe har vi multiplisert gjennomsnittskostnaden med antall kommuner (n) og kommet fram til totalkostnaden i gruppen. Totalkostnaden er så dividert på det antall personer som bor i de n kommunene. Vi har for enkelhetsskyld valgt å bruke befolkningstall i 2012 for beregningene for både 2010, 2011 og 2012. Disse beregningene har gitt oss de estimerte kostnadene pr innbygger som er gjengitt i tabell 56. Tabellen viser at det for alle de fem kommunegruppene er en trend i retning av økte kostnader pr innbygger fra 2010 til 2011. For alle de tre årene, er de estimerte kostnadene pr innbygger høyere i de små kommunene sammenliknet med de mellomstore og store. Når det gjelder reformkostnad pr innbygger, så tyder tallene på stordriftsfordeler, i alle fall for 2012. Sett bort fra de mellomstore kommunene med middels bundne kostnader så er det vel til en viss grad stordriftsfordeler i 2010 og 2011 også. På den andre siden, det er vanskelig å snakke om "fordeler" her all den tid dette ikke er pålagte oppgaver men noe kommunene selv har bestemt hvordan og i hvilken grad de vil løse, i alle fall i 2010 og 2011.

Tabell 56: Estimert reformkostnad pr innbygger i kommunegrupper og totalt. 2010-2012.

Kommunegruppe	Befolkning i utvalget	Estimert reformkostnad pr innbygger		
		2010	2011	2012
små kommuner med middels bundne kostnader	104 510	Kr 217	Kr 381	Kr 248
små kommuner med høye bundne kostnader	23 466	Kr 227	Kr 424	Kr 247
mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	131 085	Kr 41	Kr 105	Kr 140
mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	169 253	Kr 180	Kr 369	Kr 87
store kommuner med lave bundne kostnader	436 230	Kr 127	Kr 145	Kr 53
Totalt	864 544	Kr 138	Kr 219	Kr 102

De estimerte kostnadstallene pr innbygger er videre multiplisert med antall innbyggere totalt sett i hver kommunegruppe. Dette gir oss estimerte kostnader på landsbasis for den enkelte kommunegruppe for årene 2010, 2011 og 2012 som er gjengitt i tabell 57. Disse er summert til samlede kostnadsestimat for de tre årene.

Tabell 57: Estimert reformkostnad på landsbasis i kommunegrupper og totalt. 2010-2012.

Kommunegruppe	Befolkning totalt	Estimert reformkostnad på landsbasis basert på kostnad pr innbygger		
		2010	2011	2012
små kommuner med middels bundne kostnader	415 643	90 mill. kr	158 mill. kr	103 mill. kr
små kommuner med høye bundne kostnader	155 066	35 mill.kr	66 mill. kr	38 mill. kr
mellomstore kommuner med lave bundne kostnader	779 762	32 mill. kr	82 mill. kr	109 mill. kr
mellomstore kommuner med middels bundne kostnader	710 049	128 mill. kr	262 mill. kr	62 mill. kr
store kommuner med lave bundne kostnader	2 925 380	372 mill. kr	424 mill. kr	155 mill. kr
Sum	4 985 870	657 mill. kr	992 mill. kr	467 mill. kr

4.4.3 Vurdering

De to estimeringsmetodene gir noe ulikt resultat, og det er ikke enkelt å peke ut hvilken som er best. Alternativ 2 gir 6 – 10 % høyere estimat enn alternativ 1. Alternativ 2 tar hensyn til at det er variasjoner i forbruket i de fem kommunegruppene og er sånn sett basert på mer informasjon enn alternativ 1. Vi har tidligere vist at de største kostnadene i kommunene både i 2010 og 2011 var kostnader ved alternativ til sykehustjenester. Vi har også påpekt at den store bykommunen som er inkludert i vårt utvalg, har store kostnader på akkurat dette området. Disse kostnadene danner en del av utgangspunktet for de aggregerte tallene vi beregner for landsbasis. Det er imidlertid usikkert om de øvrige storkommunene har tilbud til erstatning for sykehustjenester på nivå med det vi har funnet i vårt utvalg. I tilfelle de ikke har det, vil alternativ 2 overestimere kostnadene i 2010 og 2011. Alternativ 1 er et grovt og unyansert estimat. Hvorvidt det bidrar til over- eller underestimering er ikke godt å si. Begge alternativ er uansett anslag som har sitt utgangspunkt i det beste skjønn fra kommunene som inngår i vår undersøkelse, og er således beheftet med stor usikkerhet.

5 Holdninger til Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en betydelig og omdiskutert reform. I og med at den sikter mot å tilføre kommunene mer ansvar for folks helse, både når det gjelder pleie og forebygging, har vi også sett det som et poeng å stille spørsmål som favner noe videre enn å registrere kostnader, som er hovedformålet med denne undersøkelsen. På et overordnet nivå må en regne med at innføringa av reformen vil skje med mindre friksjon dersom kommunene identifiserer seg med de sentrale elementene i den enn dersom de har sterke negative oppfatninger av dem. Dels har vi undersøkt dette i intervjuene og dels gjennom påstander i spørreskjemaet som svargiverne er bedt om å si seg enig eller uenig i. Vurderinga av påstandene er samlet i tabell 58.

De som deltok i gruppeintervjuene ga i nesten overraskende grad uttrykk for at Samhandlingsreformen er en velkommen reform, på den måten at den tilfører kommunen funksjoner som kommunen ønsker å ivareta, og i noen tilfeller funksjoner som kommunen allerede er kommet langt i å utvikle, mer eller mindre uavhengig av forventninger om den kommende reformen. Som vist i det foregående, dreier det seg for flere kommuner om ei utvikling de har vært inne i over flere år, både i utviklinga av helsetjenestene og når det gjelder kompetanse. Dette underbygges også av at nesten ingen sier seg enige i denne påstanden: "Samhandlingsreformen medfører at vi prioriterer annerledes enn det vi mener er best for innbyggerne". Påstanden oppnår bare en gjennomsnittsskår på 2.

Det er ganske stor enighet om påstanden om at "Samhandlingsreformen handler først og fremst om å gi folk et bedre helsetilbud". Denne påstanden oppnår en gjennomsnittsskår på 4, mens en påstand om at reformen først og fremst handler om å flytte penger får 3,38. Vi ser med andre ord en viss tvetydighet i vurderingen av hva som er essensen i reformen. I intervjuene kom også begge disse synspunktene til uttrykk i nesten alle de 8 kommunene. Den generelle holdninga kan uttrykkes som at det riktignok er en god del oppmerksomhet på å "flytte penger" - forstått som at den kommunale medfinansieringa handler om at helseforetakene sender penger til kommunen som kommunene i sin tur stort sett sender tilbake, og å passe på at systemene og avtalene blir fulgt opp - men at den tjenesteutviklinga og kompetansehevinga som skjer i kommunene også er skritt i retning av bedre helsetjenester. Kommunene synes jevnt over å ha tro på at de kan gjøre gode vurderinger og at den nærheten kommunen som institusjon har til innbyggerne, bidrar til å se hvilke løsninger som er best for den enkelte.

At kommunene oppfatter det slik at de fører en selvstendig helsepolitikk, motivert av behov i befolkningen, kan også leses ut av at påstanden "I min kommune har vi først og fremst satset på tiltak innenfor helse der det finnes statlige refusjonsordninger" ikke oppnår noen høy skår, men ender på 2,84. En noe høyere andel sier seg enige i at kommunen legger vekt på tiltak der den regner med at det *vil komme* statlige refusjonsordninger, en påstand som oppnår en skår på 3,13. Svarene fra kommunene peker i retning av en konklusjon om at de først og fremst prioriterer ut fra hva de mener er best for innbyggerne, og at dette i betydelig grad synes å være i tråd med innholdet i Samhandlingsreformen. Samtidig vil vi påpeke at profilen til prosjektporteføljen for HOD-finansierte prosjekter (se kap. 1) indikerer at de statlige styringssignalene betyr mye. Som tidligere nevnt, dreier en stor andel av prosjektene seg om etablering av lokalmedisinsk senter, noe få kommuner har i dag. Vi har også sett at en økende andel av disse prosjektene retter seg inn mot forebyggende tiltak.

Folkehelse og forebygging er imidlertid helt klart noe det lenge har vært satset på, og vært ønske om å satse på i kommunene, og denne utviklingen kan, slik sett, ikke betraktes som at kommunene underlegger seg statlige styringssignaler. Her underbygger erfaringene fra intervjuene en konklusjon om at Samhandlingsreformen på flere områder setter mer fart i en utvikling eller i alle fall ønsker om en utvikling, som har eksistert i kommunene i en årrekke.

Tabell 58: Kommunens holdninger til påstander om Samhandlingsreformen og forhold relatert til den.

Påstand	Andel helt eller delvis uenig	Andel helt eller delvis enig	Gjennomsnitt	St. avvik
Min kommune har kommet tidlig i gang med å forberede gjennomføringen av Samhandlingsreformen	20 %	80 %	4,42	1,23
Samhandlingsreformen har styrket deltakelsen i interkommunale samarbeid for min kommunes vedkommende	20 %	80 %	4,44	1,19
Samhandlingsreformen handler først og fremst om å flytte penger	49 %	51 %	3,38	1,54
Samhandlingsreformen handler først og fremst om å gi folk et bedre helsetilbud	32 %	68 %	4,02	1,19
Folkehelse har blitt et viktigere politikkområde i min kommune det siste året	19 %	81 %	4,44	1,23
Folkehelse har vært et satsingsområde i min kommune i flere år	46 %	54 %	3,61	1,47
I min kommune har vi først og fremst satset på tiltak innenfor helse der det finnes statlige refusjonsordninger	69 %	31 %	2,84	1,21
Samhandlingsreformen har ført til nye prioriteringer på helseområdet i min kommune	35 %	65 %	3,79	1,26
I min kommune legger vi vekt på tiltak innenfor helsesektoren der vi regner med at det vil komme statlige refusjonsordninger	64 %	36 %	3,13	1,28
Samhandlingsreformen medfører at vi prioriterer annerledes enn det vi mener er best for innbyggerne	85 %	15 %	2,02	1,19

Responser på de to påstandene om folkehelse som svargiverne ble bedt om å si seg enig eller uenig i, tyder da også på at Samhandlingsreformen har gitt effekt på kommunenes prioriteringer. Mens påstanden "Folkehelse har vært et satsingsområde i min kommune i flere år" får en skår på 3,61, oppnår påstanden "Folkehelse har blitt et viktigere politikkområde i min kommune det siste året" hele 4,44. Det er med andre ord en tydelig oppfatning at folkehelse er et tema for økende politisk oppmerksomhet. Det kan dermed

godt tenkes å ligge erfaringer om folkehelsearbeid også bak responsen på påstanden "Samhandlingsreformen har ført til nye prioriteringer på helseområdet i min kommune", som får en skår på 3,79. Det er imidlertid et åpent spørsmål hvordan kommunene konkret vil innrette arbeidet sitt for folkehelse og forebygging i årene som kommer. Vil de velge bredt anlagte satsinger med lang tidshorisonnt eller vil de først og fremst søke etter løsninger som kan gi reduserte kostnader på kort sikt?

6 Konklusjon

Formålet med denne undersøkelsen er å gi svar på hvilke tiltak kommunene har iverksatt lokalt i forbindelse med forberedelser og tidlig implementering av Samhandlingsreformen, og hvilke kostnader de har pådratt seg i dette arbeidet. Vi har spurt om kommunens netto kostnader. Det vil si kostnader som kommunen ikke får refundert fra statlige myndigheter, helseforetak eller andre. Vårt hovedfokus har vært på årene 2010 og 2011, men vi har også undersøkt noen kostnader i 2012. Kostnadene er knyttet til ulike administrative tiltak, forebyggende og helsefremmende tiltak, samt tiltak som skal erstatte sykehustjenester. Det er også spurt spesifikt om kostnader til kompetanseheving. Kostnader knyttet til selve medfinansieringen av spesialisthelsetjenester som representerer den største enkeltkostnaden i Samhandlingsreformen, har man god oversikt over gjennom andre kanaler og de er derfor holdt utenfor denne undersøkelsen.

Vår studie viser at de 86 kommunene i undersøkelsen totalt sett hadde kostnader som de knytter til Samhandlingsreformen på 119,9 mill. kroner i 2010 og 186,1 mill. kroner i 2011. Basert på de 86 kommunenes kostnadsrapportering, har vi estimert kostnader på landsbasis. Våre to alternative estimat varierer mellom 600 og 657 mill. kroner for 2010, og mellom 931 og 992 mill. kroner for 2011. Våre konservative beregninger tilsier at 39 % (mellom 363 og 387 mill. kroner) av kostnadene kartlagt i 2011 er varige driftsutgifter som følger av Samhandlingsreformen, mens 61 % (mellom 568 og 605 mill. kroner) er engangskostnader. Vi understreker nok en gang at tallene rapportert både fra de 86 kommunene og de tallene vi på basis av disse har aggregert til landsbasis er beheftet med stor usikkerhet.

De største kostnadspostene i vår undersøkelse var i 2010 kostnader til 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) forebyggende og helsefremmende tiltak, og 3) kompetanseheving. I 2011 var rangeringen av de mest kostnadskrevende aktivitetene 1) tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, 2) utskrivningsklare pasienter, og 3) forebyggende og helsefremmende tiltak.

Når det gjelder 2012, har vi søkt å kartlegge noe av det kommende kostnadsbildet slik det avtegnet seg på vårparten, nesten halvveis ut i året. Det er opplagt stor usikkerhet også ved disse kostnadene. Her er det ikke spurt om de samme kostnadene som i 2010 og 2011, så tallene for 2012 kan ikke direkte sammenliknes med 2010 og 2011. De kostnadene som vi har søkt å skaffe oversikt over, beløp seg til 88 mill. kroner i vårt 86 kommuner store utvalg. Aggregert til landsbasis har vi regnet oss fram til estimat på mellom 440 og 467 mill. kroner. I dette estimatet inngår ikke utgifter til tiltak som skal erstatte sykehustjenester og heller ikke eventuelle utgifter til etablering av frisklivsentraler.

Våre beregninger tilsier at 68 % (mellom 299 og 318 mill. kroner) av kostnadene kartlagt i 2012 er varige driftsutgifter som følger av Samhandlingsreformen, mens 32 % (mellom 141 og 149 mill. kroner) er engangskostnader.

De største kostnadspostene kartlagt i denne undersøkelsen i 2012 var 1) utskrivningsklare pasienter, 2) kompetanseheving, og 3) etablering av kommunale ø-hjelp plasser.

På basis av estimatene for 2011 og 2012, er det rimelig å legge til grunn at kommunene har pådratt seg en varig driftsutgift som følge av Samhandlingsreformen, på mellom 662 og 705 mill. kroner²⁴. Engangskostnadene i forbindelse med Samhandlingsreformen er til sammen for 2011 og 2012 estimert å ligge mellom 709 og 754 mill. kroner²⁵.

Undersøkelsen har i hovedsak et retrospektivt perspektiv siden vi primært har hatt som formål å kartlegge kostnader påløpt i 2010 og 2011. Det har opplagt vært en utfordring for kommunene å rekonstruere hvilke kostnader de kan knytte til Samhandlingsreformen. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, i ettertid å fult ut isolere forberedelser og tidlig implementering av Samhandlingsreformen fra annen drift. De kostnadene kommunene her har rapportert for 2010 og 2011, har de uansett dekket innenfor sitt ordinære budsjett uten ekstra overføringer. Det betyr at det har foregått et betydelig omstillingsarbeid og en økonomisk prioritering på dette feltet i landets kommuner de senere år. Når det gjelder kostnadene vi har konsentrert oss om for 2012, er dette i stor grad nye kostnader som kommer som en direkte følge av at Samhandlingsreformen ble innført i 1. januar 2012.

Kommunene kompenseres foreløpig kun for reformkostnadene til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Våre beregninger tyder på at kommunene vil ha varige årlige driftskostnader som følger av Samhandlingsreformen på toppen av disse utgiftene, som ligger mellom 662 og 705 mill. kroner. Dersom kommunene på sikt skal komme ut i økonomisk balanse, må det være en nedgang i kommunenes utgifter til sykehus tjenester som tilsvarer de årlige utgiftene til varige reformtiltak.

Vi vil avslutningsvis trekke fram noen funn fra undersøkelsen som vi anser som spesielt vesentlige med tanke på framtidige kostnader. Det første gjelder det forebyggende og helsefremmende arbeidet, som kommunene helt klart prioriterer på en annen måte enn tidligere. Det er sterke ønsker og stor vilje i kommunene om å jobbe mer på dette feltet. Vi tror at det framover vil være viktig å få til en sterk kobling mellom forebyggende arbeid og FoU i kommunesektoren. Dette fordi kommunene foreløpig synes å være noe i villrede om gode tiltak som virker. Fra vår kvalitative undersøkelse vil vi trekke fram Nesodden kommune som den kommunen som kanskje i sterkeste grad har fokusert på det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Nesodden har spesielt prioritert tiltak for å redusere fysiske skader blant eldre og også redusere forekomsten av psykiske lidelser i denne gruppen gjennom for eksempel å prioritere tiltak for å redusere ensomhet. Denne innretningen på det forebyggende og helsefremmende arbeidet kan tolkes som at det retter seg spesifikt og målrettet mot å redusere sykehusinnleggelse i denne gruppen. Også andre kommuner har planer og ønsker om nettopp dette. Gitt de økonomiske insentivene i reformen, vil vi tro at dette er en utvikling vi vil se i flere kommuner etter hvert. Vi antar at tilnærmingen til

²⁴ Her er de estimerte varige driftskostnadene for 2011 og 2012 summert.

²⁵ Her er de estimerte engangskostnadene for 2011 og 2012 summert.

forebyggende og helsefremmende arbeid vil bli instrumentell i den forstand at kommunenes tiltak vil rette seg mot forebygging av sykehusinnleggelse for spesifikke grupper, og der en relativt raskt vil være i stand til å avlese effekter av innsatsen. Uten ekstra overføringer til dette feltet, tror vi kommunene i mindre grad vil innrette sitt forebyggende arbeid mot generelle befolkningsrettede tiltak.

Det andre funnet som vi vil trekke fram, gjelder de signalene vi har registrert i noen kommuner om at helseforetakene synes å planlegge å trekke sin del av finansieringen til samhandlingstiltak som i dag er godt etablert. Dette betyr i så fall økte kostnader for kommunene. Det handler spesielt om sykestuefinansieringen i nord og samarbeidet rundt Øya helsehus i Trondheim. Denne typen samhandlingstiltak er holdt fram som gode eksempler på det man ønsker med Samhandlingsreformen og er helt klart i tråd med grunnfilosofien i den. Det ville være et paradoks om helseforetakene finner at de ikke lenger er tjent med disse. Det er tidlig å konkludere om hva utfallet blir i disse sakene, men det vi har observert kan tolkes som tegn på at de økonomiske insentivene i ordningen kan ha utilsiktede virkninger. Dette bør helsemyndighetene ha spesielt fokus på framover.

Et annet vesentlig funn knytter seg til elektronisk samhandling eller kanskje snarere mangel på sådan. Samhandlingsreformen innebærer at det nå stilles krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommune og helseforetak skal skje elektronisk. Vår undersøkelse viser at rundt 40 prosent av kommunene enda ikke har et system for dette. De har heller ikke orientert seg om hvilke kostnader det vil innebære å få dette på plass. Vi har også avdekket av kommunikasjonen om utskrivningsklare pasienter i liten grad foregår elektronisk. Det er ingen tvil om at Samhandlingsreformen ville blitt mer effektivt implementert dersom gode system for elektronisk kommunikasjon rundt pasientene var på plass. Slik situasjonen er nå, synes mange kommuner å sitte på gjerdet og vente på at det nye systemet skal komme. Vår undersøkelse avdekker at det må påregnes kostnader til å få på plass system for elektronisk pasientkommunikasjon i årene framover.

Vedlegg

Spørreskjema og intervjuguide.

SPØRRESKJEMA

«Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?»

I denne undersøkelsen ønsker vi å kartlegge kommunenes kostnader/ressursbruk knyttet til planlegging og implementering av Samhandlingsreformen så langt. Vi har konsentrert undersøkelsen om årene 2010 og 2011, men spør også om anslag for kostnader i 2012. I den grad kostnadene/ressursbruken finnes som regnskapsførte utgiftstall, ønsker vi primært at disse oppgis. Alternativt kan ressursbruken oppgis som anslag på medgått arbeidstid. Vi spør primært om kommunens netto kostnader. Det vil si kostnader som kommunen ikke får refundert fra statlige myndigheter, helseforetak eller andre. Vi er klar over at det ikke vil være mulig for dere å gi oss eksakte tall, men vi ber om deres beste skjønn.

NB! VI GJØR FOR ORDENS SKYLD OPPMERKSOM PÅ AT LAYOUT I DENNE PAPIRVERSJONEN AV SPØRRESKJEMAET SKILLER SEG NOE FRA LAYOUT I DEN ELEKTRONISKE VERSJONEN.

Lovpålagte avtaler

Samhandlingsreformen innbefatter et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak.

1. Hvordan har din kommune så langt jobbet med de lovpålagte avtalene som skal inngås med helseforetaket?

- vi har jobbet med dem alene uten særlig samarbeide med andre kommuner
- vi har ledet/koordinert et samarbeid med andre kommuner
- vi har samarbeidet med andre kommuner men ikke ledet/koordinert arbeidet
- Annet, spesifiser: _____

2. Har din kommune i løpet av 2010, 2011 og hittil i 2012 hatt kostnader for å forberede inngåelsen av disse avtalene?

- ja nei

Hvis ja, anslå kommunens kostnader i henholdsvis 2010, 2011 og hittil i 2012.

Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter (for eksempel til kjøp av konsulentttjenester) og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer.

	2010	2011	2012
bokførte utgifter (drift)			
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)			

Eventuell kommentar:

3. I hvilken grad oppfatter dere at det har vært reelle forhandlinger om innholdet i avtalene?

i stor grad i noen grad i liten grad i svært liten grad

Eventuell kommentar:

4. Vurder påstandene nedenfor på en skala fra fra 1-6, der 1 betyr "Helt uenig" og 6 betyr "Helt enig". (Sett ett kryss)

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
Min kommune har kommet tidlig i gang med å forberede gjennomføringen av Samhandlingsreformen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsreformen har styrket deltakelsen i interkommunale samarbeid for min kommunes vedkommende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medfinansiering

Fra 1. januar 2012 skal kommunene betale 20 % av det faktiske forbruket av somatiske sykehustjenester.

5. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader for å forberede medfinansieringen av spesialisthelsetjenester?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunens kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

6. Vil din kommune ha behov for å sette inn ekstra administrative ressurser for å administrere medfinansieringen av spesialisthelsetjenester i 2012?

ja nei vet ikke

Hvis ja, anslå den ekstra arbeidsinnsatsen i 2012 målt i stillingsprosent for din kommune:

_____ % stilling i 2012

Eventuell kommentar:

Utskrivningsklare pasienter

Kommunene fikk fra 1. januar 2012 ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én.

7. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader for å forberede denne endringen av ansvar for kommunens utskrivningsklare pasienter?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunens kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter til drift, investeringer og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer. Vi er bare interessert i

kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinsiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

8. Vil din kommune ha behov for å sette inn ekstra arbeidsinnsats for å administrere håndteringen av utskrivningsklare pasienter i 2012?

ja nei vet ikke

Hvis ja, anslå den ekstra arbeidsinnsatsen i 2012 målt i stillingsprosent for din kommune:

_____ % stilling i 2012

9. Hvor store utgifter har din kommune pådratt seg for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter i løpet av 1.kvartal 2012?

Oppgi totalt beløp i kroner: _____

10. Hvor store utgifter hadde din kommune pådratt seg for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter i løpet av 1. kvartal 2011?

Oppgi totalt beløp i kroner: _____

Eventuell kommentar:

11. Vurder påstandene nedenfor på en skala fra fra 1-6, der 1 betyr "Helt uenig" og 6 betyr "Helt enig". (Sett ett kryss for hver påstand)

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
Samhandlingsreformen handler først og fremst om å flytte penger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsreformen handler først og fremst om å gi folk et bedre helsetilbud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alternativ til sykehustjenester

Det er i dag etablert, og det planlegges etablert, helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Disse samarbeidene har ofte høyst ulik form og omtales med ulike begrep (for eksempel lokalmedisinske senter, sykestuer, intermedisæravdelinger, helsehus eller liknende). Noen har eksistert i mange år mens andre bare er på planleggingsstadiet. Slikt samarbeid er i tråd med, og kan trolig dels ses som en konsekvens av, Samhandlingsreformen.

12. Finnes det i dag et tilbud i din kommune som erstatte sykehusinnleggelser?

- ja, kommunen samarbeider alene med spesialisthelsetjenesten om tilbudet
- ja, vi inngår i et interkommunalt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om tilbudet
- nei

Hvis ja, anslå din kommunes netto kostnader knyttet til dette tilbudet i 2010 og 2011. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

Netto kostnad i 2010: _____ kr

Netto kostnad i 2011: _____ kr

Hvis nei, planlegger din kommune enten alene eller i interkommunalt samarbeid å etablere tilbud som erstatter innleggelse i sykehus utover heldøgntilbud for øyeblikkelig hjelp (som kommunene vil få ansvar for fra 2016)?

- ja, kommunen alene
- ja, i interkommunalt samarbeid
- nei

Hvis ja (på spørsmålet over), oppgi din kommunes eventuelle kostnader knyttet til planlegging av dette tilbudet i 2010 og/eller 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter, investeringskostnader og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern finansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

Eventuell kommentar:

Kommunen vil fra 2016 få ansvar for etablering og drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp på kommunalt nivå. Planen er en delvis innfasing av et kommunalt heldøgnsstilbud for øyeblikkelig hjelp hvor det overføres særskilte midler fra staten.

13. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til etablering/drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid) utover det som dekkes av de foregående spørsmål om tilbud som erstatter sykehusinnleggelser?

- ja, kommunen alene
 ja, i interkommunalt samarbeid
 nei

Hvis ja, anslå din kommunens kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter, investeringskostnader og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern finansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

14. Vil din kommune i 2012 ha behov for å bruke av egne kommunale ressurser for å etablere et heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp (alene eller i interkommunalt samarbeid)?

- ja, kommunen alene
- ja, i interkommunalt samarbeid
- nei
- vet ikke

Hvis ja, anslå kommunens kostnader i 2012 (målt i kroner) forbundet med dette:

_____ kroner

Eventuell kommentar:

Samhandlingsreformen legger opp til at mer av den polikliniske behandlingen som har foregått i spesialisthelsetjenesten nå skal foregå i kommunene. Vi ønsker å kartlegge hvilke alternative kommunale tjenester som eventuelt er bygget opp eller nå bygges opp i kommunene for å erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester.

15. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til etablering/drift av kommunale behandlings-/oppfølgingstilbud som skal erstatte polikliniske spesialisthelsetjenester (eksempelvis diagnosespesifikke for diabetes, KOLS, kreft, demens eller liknende, eller tverrfaglige tjenester)?

- ja, kommunen alene
- ja, i interkommunalt samarbeid
- nei

Hvis ja, beskriv kort hvilke(n) type(r) behandlings-/oppfølgingstilbud dette er:

Hvis ja, anslå kommunens kostnader forbundet med dette i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter, investeringskostnader og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

Legetjenesten

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen fremhever at det er ønskelig med en vekst i legetjenesten i kommunene. Kommunene har i dag mulighet til å pålegge inntil 7,5 timer per uke til allmennt medisinske offentlige oppgaver for alle fastleger i full tids arbeid.

16. Brukte din kommune i 2011 fult ut den kapasiteten som i henhold til gjeldene avtaleverk kan pålegges kommunens fastleger til allmennt medisinske offentlige oppgaver?

ja nei

17. Har din kommune som følge av Samhandlingsreformen, reforhandlet avtaler med fastleger for å øke kapasitet til allmennt medisinske offentlige oppgaver i 2012?

ja nei

Hvis ja, hvor mange timer økt legekapasitet er det totalt snakk om i 2012?

_____ timer (totalt i 2012 for alle leger)

Hvis ja, hva skal den økte kapasiteten brukes til?

Kompetanse

Det er grunn til å anta at Samhandlingsreformen vil stille større krav til kompetanse blant helse- og omsorgspersonell i kommunene.

18. Har din kommune i 2010 og/eller 2011 hatt kostnader forbundet med kompetanseheving av personell (for eksempel til utdanning av helsefagarbeidere, sykepleiere eller spesialsykepleiere) for å forberede Samhandlingsreformen?

ja nei

Hvis ja:

Oppgi total netto kostnad (målt i kroner) i 2010: _____ kroner

Oppgi total netto kostnad (målt i kroner) i 2011: _____ kroner

19. Har din kommune satt av midler i 2012 til kompetanseheving av personell (for eksempel til utdanning av helsefagarbeidere, sykepleiere eller spesialsykepleiere) for å implementere Samhandlingsreformen?

ja nei

Hvis ja:

Oppgi total avsetning (målt i kroner) i 2012: _____ kroner

Eventuell kommentar:

Forebyggende tiltak

Som et ledd i å styrke forebyggende helsetiltak anbefaler Helsedirektoratet at det etableres frisklivssentraler (FLS) i alle kommuner, eventuelt i interkommunale samarbeid.

20. Har din kommune etablert FLS (eventuelt i samarbeid med andre)?

- ja, kommunen alene
- ja, i interkommunalt samarbeid
- ja, i samarbeid med frivillig(e) organisasjon(er)
- nei

Hvis nei, vennligst redegjør for hvordan kommunene alternativt ivaretar ansvaret for folkehelsearbeidet:

Hvis ja, er dette tiltak som har eksistert tidligere og som nå er videreført under betegnelsen FLS?

- ja nei

Hvis ja (på spørsmål 20), anslå kommunenes kostnader forbundet med å etablere FLS eller tilsvarende tilbud i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

Eventuell kommentar:

21. Vurder påstandene nedenfor på en skala fra 1-6, der 1 betyr "Helt uenig" og 6 betyr "Helt enig". (Sett ett kryss for hver påstand)

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
Folkehelse har blitt et viktigere politikkområde i min kommune det siste året.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folkehelse har vært et satsingsområde i min kommune i flere år.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger

Samhandlingsreformen innebærer at det nå kan stilles krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommune og helseforetak skal skje elektronisk.

22. Er et slikt system på plass i din kommune?

ja nei

Hvis nei, har din kommune kartlagt hva det vil koste å få på plass et slikt system?

ja nei

23. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 hatt kostnader for å få på plass et system for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon mellom kommunen og helseforetak?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunens kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter, investeringer og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

24. Hvis nei på spørsmål 22, er det i din kommune avsatt midler i 2012 til investering i et system for elektronisk kommunikasjon av helseopplysninger mellom kommunen og helseforetak?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunenes kostnader (målt i kroner) forbundet med dette:

_____ kroner

Eventuell kommentar:

Identifisering av folkehelseutfordringer

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene.

25. Har din kommune i løpet av 2010 og/eller 2011 brukt ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer for å ivareta det forebyggende helsearbeidet (for eksempel ved å tilsette folkehelsekoordinator(er))?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunenes kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

26. Vil din kommune i 2012 ha behov for å bruke ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer for å ivareta det forebyggende helsearbeidet (for eksempel ved å tilsette folkehelsekoordinator(er))?

ja nei vet ikke

Hvis ja, anslå kommunenes kostnader (målt i kroner) forbundet med dette:

_____ kroner

Eventuell kommentar:

FoU (forskning og utvikling)

Kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for FoU (forsknings- og utviklingsprosjekter) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fordi dette anses som et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet.

27. Har din kommune brukt egne ressurser til helse-/omsorgsforskning i 2010 og/eller 2011?

ja nei

Hvis ja, anslå kommunenes kostnader i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Det står "og/eller" for å åpne for muligheten for at man enten bare har bokførte utgifter eller bare har medgått intern arbeidstid, eller at man har begge typer.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

28. Vil din kommune bruke egne ressurser til helse-/omsorgsforskning i 2012?

ja nei vet ikke

Hvis ja, anslå kommunenes kostnader (målt i kroner) forbundet med dette:

_____ kroner

Prosjektmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet

I forbindelse med implementeringen av Samhandlingsreformen har Helse- og omsorgsdepartementet stilt prosjektmidler til rådighet som kommunene har kunnet søke på. Vi vet hvilke kommuner som har fått og hvilke som ikke har fått, og spør bare de som har fått penger. Vi vet at din kommune (alene eller i interkommunalt samarbeid) i løpet av 2010 og/eller 2011, har fått midler til å gjennomføre prosjekt knyttet til implementering av Samhandlingsreformen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

29. Hvilke beløp har din kommune totalt investert som egeninnsats i denne typen prosjekt i 2010 og/eller 2011 som ikke er dekket av tidligere spørsmål i denne undersøkelsen?

Egeninnsats målt i kr i 2010: _____

Egeninnsats målt i kr i 2011: _____

Eventuell kommentar:

Andre kostander

30. Har din kommune i 2010 og/eller 2011 hatt kostnader knyttet til planlegging av Samhandlingsreformen som ikke er dekt av spørsmålene vi hittil har stilt?

ja nei

Hvis ja, beskriv kort hvilke kostnader dette er:

Hvis ja, anslå kommunens kostnader til dette i henholdsvis 2010 og 2011. Oppgi anslag for kostnadene som bokførte utgifter, investeringer og/eller som medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer), som ikke er utgiftsført. Vi er bare interessert i kommunens netto kostnader. Eventuell ekstern prosjektfinansiering fra statlige myndigheter eller andre skal holdes utenfor.

	2010	2011
bokførte utgifter (drift)		
bokførte utgifter (investering)		
medgått intern arbeidstid (anslag regnet i timer)		

31. Vurder påstandene nedenfor på en skala fra 1-6, der 1 betyr "Helt uenig" og 6 betyr "Helt enig". (Sett ett kryss for hver påstand)

	Helt uenig 1	2	3	4	5	Helt enig 6
I min kommune har vi først og fremst satset på tiltak innenfor helse der det finnes statlige refusjonsordninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsreformen har ført til nye prioriteringer på helseområdet i min kommune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I min kommune legger vi vekt på tiltak innenfor helsesektoren der vi regner med at det vil komme statlige refusjonsordninger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsreformen medfører at vi prioriterer annerledes enn det vi mener er best for innbyggerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostnader ved Samhandlingsreformen

Intervjuguide for dybdestudier

1: *Hvordan har kommunen lagt opp sitt arbeid for å iverksette Samhandlingsreformen?*

- Når startet forberedelsene?
- Hvem har vært involvert?
- Hva har forberedelsene gått ut på?
- Hvilke erfaringer har dere fra jobben med å utarbeide avtalene med helseforetaket?

2: *Hva har vært de viktigste motivasjonsfaktorene for de valgene/prioriteringene kommunen har gjort med hensyn til planlegging og tidlig implementering av Samhandlingsreformen?*

3: *Hvor store er forandringene så langt for kommunen, sammenlignet med før innføring av reformen?*

- Bemanning
- Prioriteringer
- Kompetanse
- Kostnader

4: *Erfaringer med og synspunkter på ansvaret for utskrivingsklare pasienter.*

- Vurdering av når pasienten er utskrivingsklar
- Hvor godt kommunen er rustet til dette i dag

5: *Har samhandlingsreformen påvirket måten kommunen arbeider med folkehelse på?*

- Konkret innretning og tiltak
- Kompetanseheving og rekruttering

6: *Er det planlagt nye tiltak/ordninger som skal settes i verk de nærmeste årene?*